

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD (LYON 1)

Faculté de Médecine Lyon-Sud

—
Année 1978 - N° 825
—

PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

à propos de l'expérience

d'un service C.H.U. de psychiatrie

THÈSE

présentée à

L'Université Claude Bernard - Lyon 1

et soutenue publiquement le 21 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gabriel COUSSA

né le 14 avril 1950 à Alep (Syrie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD (LYON 1)

Faculté de Médecine Lyon-Sud

— —
Année 1978 - N° 825
— —

PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

à propos de l'expérience

d'un service C.H.U. de psychiatrie

THÈSE

présentée à

L'Université Claude Bernard - Lyon 1

et soutenue publiquement le 21 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gabriel COUSSA

né le 14 avril 1950 à Alep (Syrie)



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - Lyon 1

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET, Chercheur

Troisième Vice-Président : Monsieur A. LOPEZ , Etudiant

- o -

Secrétaire Général de l'Université : Monsieur J. RAMBAUD

- o -

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine : Grange-Blanche : Directeur : Docteur SALLE (M.C.A.)

Alexis-Carrel : Directeur : Professeur MORNEX

Lyon-Sud : Directeur : Professeur NORMAND

Lyon-Nord : Directeur : Professeur NEIDHARDT (M.C.A.)

Biologie Humaine : Directeur : Professeur REVILLARD J.P.

Technique de Réadaptation : Directeur : Docteur MORGON (M.C.A.)

Sciences Pharmaceutiques : Directeur : Professeur BIZOLON C.

Sciences Odontologiques : Directeur : Professeur VINCENT R.

Institut Régional d'Education Physique et Sportive :

Président du Conseil de l'U.E.R. : Professeur R. GUILLET

Directeur : M. MILLON A.

Mathématiques : Directeur : Professeur E. COMBET

Physique : Directeur : Professeur J. DELMAU

Chimie et Biochimie : Directeur : Professeur J. HUET

Sciences de la nature : Directeur : Professeur R. GINET

Sciences Physiologiques : Directeur : Professeur WORDE J.F.

I.U. de Technologie n° 1 : Directeur : Professeur POUYET B.

I.U. de Technologie n° 2 : Directeur : M. GALLET J.

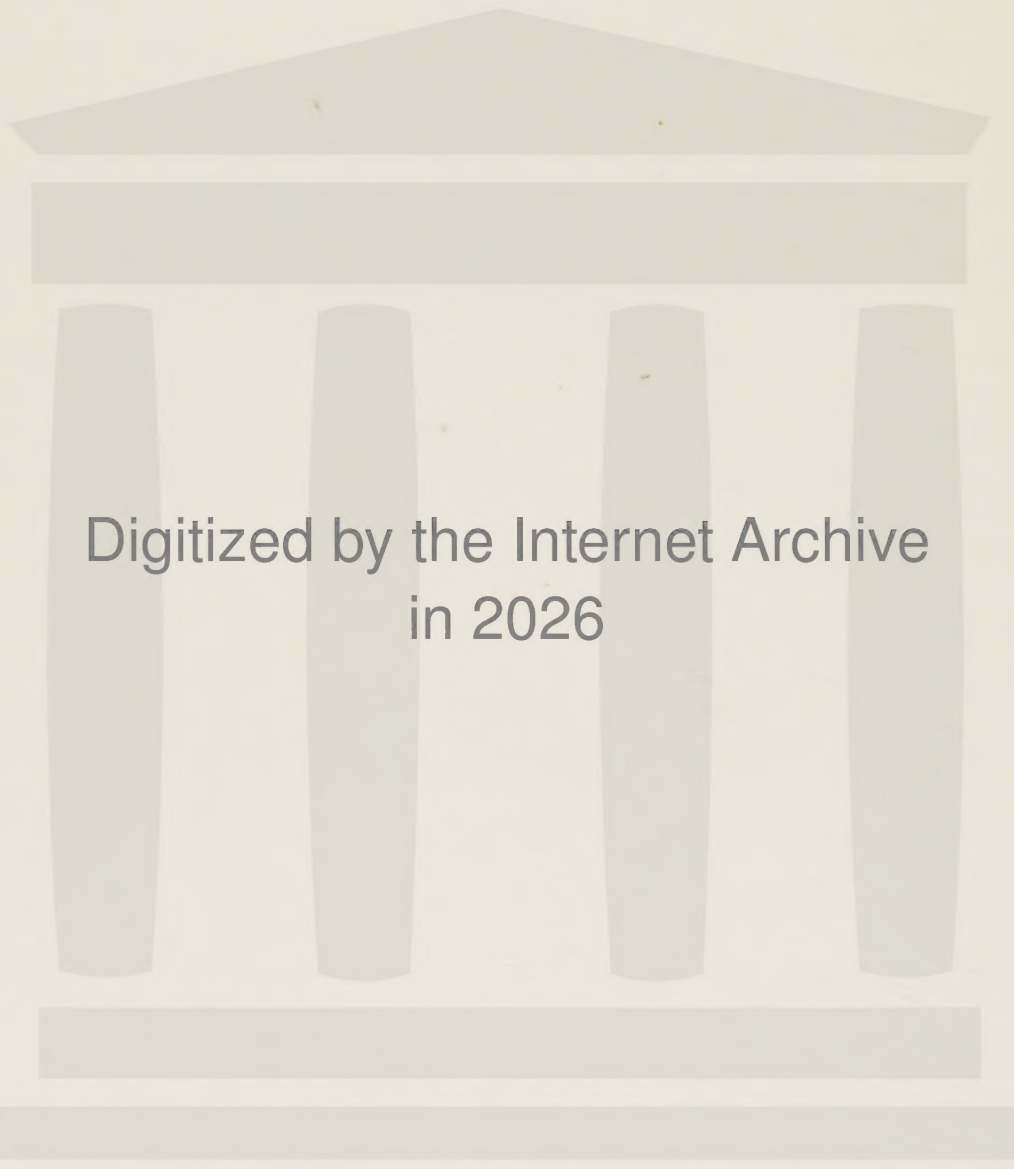
Observatoire : Directeur : M. MONNET Guy

Physique Nucléaire : Directeur : Professeur GUSAKON

Mécanique : Directeur : Mlle COMTE BELLOT G.

A MES PARENTS

Il n'y a pas de mots pour
exprimer toute mon affection
et tout ce que je leur dois.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554223_0014

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marcel COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINE

Monsieur le Professeur Agrégé Michel MARIE-CARDINE

Monsieur le Docteur Pierre DUBOR

Monsieur le Docteur Jean FURTOS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Nous avons eu le privilège d'être son élève, de bénéficier de son enseignement et d'apprécier toute la diversité de sa culture.

Il a bien voulu accepter de juger ce travail. Nous lui sommes profondément reconnaissant de la grande bienveillance qu'il nous a toujours manifesté.

A Monsieur le Professeur Marcel COLIN

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINE

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de son enseignement. Nous le remercions de son accueil et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de siéger parmi nos juges.

A Monsieur le Professeur Agrégé Michel MARIE-CARDINE

Il a été l'inspirateur de cette thèse. Il a bien voulu nous apporter ses précieux conseils pour la conception, l'orientation et la réalisation de ce travail.

Au cours de deux années passées dans ses unités de soins, nous avons pu admirer l'étendue de ses connaissances, la clarté de son enseignement et sa disponibilité de tous les instants. Son attachement aux malades et à la psychothérapie institutionnelle a été un véritable encouragement et exemple pour nous.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre profond attachement.

A Monsieur le Docteur Pierre DUBOR

Son enseignement vivant et rigoureux reste pour nous un guide précieux ; nous espérons n'avoir pas trop déformé ses pensées tout au long de ce travail.

Nous sommes très heureux de le compter parmi nos juges.

A Monsieur le Docteur Jean FURTOS

Il a bien voulu nous apporter ses précieux conseils pour l'élaboration de cette thèse. Nous avons été très touchés par son accueil et son enthousiasme.

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde amitié. Nous le confions à son indulgence.

" L'essentiel est invisible
pour les yeux "

Antoine de Saint-Exupéry
"Le Petit Prince"

Ce travail a pour but de représenter un essai d'élaboration de l'activité soignante de deux unités de soins du service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'Université Claude Bernard à l'hôpital du Vinatier.

Il comportera les parties suivantes :

LIMINAIRE :

- De la Préhistoire au grand renfermement.
- Du grand renfermement à l'asile.
- De l'asile à l'hôpital psychiatrique.
- Le mouvement des Antipsychiatres.

CHAPITRE 1

- But du travail.
- Présentation du service hospitalier
 - . Réunions
 - . Groupes
 - . Thérapeutiques occupationnelles.

CHAPITRE 2

- Les prises en charge administratives
 - . Les différents modes de placements et leur intérêt thérapeutique.
 - . Les hospitalisations partielles
 - Hôpital de jour
 - Hôpital de nuit
 - . L'importance de la différenciation des lieux.
- Les prises en charge "médicales" "psychothérapiques"
 - . Problèmes de définitions
 - . Approche théorique de l'Agir et sa gestion groupale.

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

Cet exposé n'est pas exhaustif. Il appelle d'autres développements et représente surtout une tentative de théorisation à partir du document clinique illustré par le film : "Psychothérapie institutionnelle 1978". Document réalisé dans ce même service.

Liminaire

De la préhistoire au grand renfermement

Si on se réfère à l'histoire, il semblerait que c'est à Bagdad au VIII^e siècle, sous l'influence de l'implantation musulmane, que s'ouvrit le premier établissement visant à prodiguer des "soins" exclusivement destinés aux "fous" et ceci en appliquant les recommandations humanistes du Coran.

A la même époque et à des milliers de lieux de là, l'Europe médiévale massacrait les fous, brûlait les sorciers, chassait les lépreux et les rares survivants étaient condamnés à errer de ville en ville.

Mais dans les deux cas, la folie était considérée comme un vice, une punition ou même comme engendrée par le diable, en un mot comme non-humaine.

C'est en 1656, en France, à la suite de l'Edit Royal, que l'on créa l'Hôpital Général qui remplaça la mort comme lieu de forclusion de tous les déviants, les possédés,.... ..., les fous. Dès lors les XVII^e et XVIII^e siècles virent se créer les monastères-hôpitaux, hospices, maisons de refuges où l'on accueillait quantité hétéroclite d'êtres dont les malades mentaux.

Du grand renfermement à l'asile

En Mars 1790 fut promulguée une loi ordonnant : "La constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence afin de les élargir ou de les faire soigner dans les hôpitaux qui seraient ultérieurement indiqués".

En fait, aucun lieu ne fut désigné et l'emprisonnement de la déraison continua de plus belle. On sait aussi comment à ce renfermement global et sans discernement a succédé une ségrégation légale : le statut de l'internement. La maladie mentale consistant en une perte du libre arbitre, la première idée venue aux esprits fut de distinguer les criminels, les délinquants, les fanatiques, etc... des malades, au profit et pour le bénéfice de ceux-ci. Cette idée, illustrée par la fameuse image d'Epinal de Ph. PINEL délivrant les aliénés de leurs chaînes, ne devait pourtant pas, hélas ! leur rendre la liberté. Les opinions, depuis FOUCAULD, ont beaucoup varié à ce sujet et tout récemment un travail vient de le remettre en question. Nous n'avons pas la possibilité de nous y étendre car ceci nous emmènerait trop loin de notre sujet, on peut même dire que cela leur faisait courir le risque de la leur ôter plus radicalement encore en légalisant la privation de ce droit.

C'est au début du XIXe siècle que se multiplièrent dans tous les pays les établissements où étaient placés les malades mentaux pour y être protégés de la société qui, de ce fait, s'en protégeait par retour...

En 1834, FERRUS rapporte (26) :

qu' "il n'existe encore en France aujourd'hui qu'un petit nombre d'établissements spéciaux pour le traitement de la folie. La plupart des établissements charitables qui reçoivent les aliénés admettent indistinctement toutes sortes de malades ... beaucoup d'aliénés sont dans les prisons..."

Ce même FERRUS est nommé en 1836 inspecteur des services des aliénés par le gouvernement qui entendait préparer un projet de loi. Après de nombreuses modifications, une loi fut votée le 14 juin 1838.

Cette loi stipule que chaque département est tenu d'avoir un établissement public recevant exclusivement des aliénés ainsi que l'institution des différents modes de placements.

La promulgation de cette loi a eu des incidences très importantes dont les effets dans un premier temps furent plutôt négatifs : certains patients étaient enfermés d'une façon administrative ou injustifiée, mais actuellement on continue à l'utiliser dans un but thérapeutique et ceci en associant le malade ou sa famille à la demande de soins par l'intermédiaire des différents modes de placements. (Actuellement, dans certains départements et surtout le département de la Seine, la loi de 1838 est utilisée d'une façon presque exclusivement répressive et ce visant plus l'ordre public que l'intérêt du malade ; c'est plus un usage d'ordre administratif que d'ordre véritablement thérapeutique. Quand par exemple un certificat de levée du placement d'office reste bloqué pendant une longue période à la préfecture de police (alors que le médecin a signé l'autorisation de sortie) on peut dire qu'il n'y a pas une réelle articulation du mouvement administratif et des décisions thérapeutiques et c'est là que la loi devient critiquable et arbitraire).

Après le vote de cette loi, il y eut une longue période d'organisation puis les établissements se spécialisèrent, prenant le nom d'asiles d'aliénés, mais subsistèrent des quartiers d'hospices. On en améliora certains, on en créa d'autres.

On commença à élaborer des conceptions sous-tendant le principe de l'asile. Les auteurs du rapport de 1874 écrivent :

" La première condition à réaliser pour guérir un aliéné consiste à changer la direction vicieuse de ses idées et de ses penchants et pour obtenir ce résultat et triompher en même temps de la résistance du malade aux prescriptions médicales, il n'est pas de plus sûr moyen que de le soustraire à ses habitudes, de l'éloigner du milieu où le délire a éclaté, de le placer dans des conditions nouvelles d'habitation et d'entourage, de l'isoler en un mot ."

De l'asile à l'hôpital psychiatrique

Comme le souligne H. EY (27) dans son article de l'encyclopédie médico-chirurgicale, c'est grâce à Edouard TOULOUSE que nous devons cette transformation ; c'est lui qui, le premier, en 1923, créa dans l'enceinte même de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne, l'hôpital Henri Rousselle.

Cet "hôpital ouvert" dans l'hôpital psychiatrique, un asile dans l'asile, ne devait selon la loi de 1838 recevoir que des aliénés internés ; c'était un véritable cheval de Troie que l'on introduisait dans la citadelle.

Effectivement, depuis lors le système légal asilaire a éclaté puisque tous les hôpitaux psychiatriques ont pu mêler à l'intérieur de leurs murs les malades mentaux internés et non internés, dangereux ou pas, psychotiques ou névrotiques.

À la même période, on commençait à voir se développer toutes les théories sur les thérapies occupationnelles, thérapeutiques par le travail. Théories et méthodes qui ont ouvert l'espace clos de l'asile.

Les premiers mouvements de cette révolution faisaient suite aux idées d'Hermann SIMON qui, dès 1905, s'avisait que le traitement par l'activité devait transformer en même temps et l'évolution de la maladie et l'atmosphère médico-sociale des services. Cette réforme a institutionnalisé le statut des malades mentaux dans

l'auto-gestion de leur guérison, dans et par leur insertion dans un groupe de travail et de production.

En 1945 la sociothérapie fut à la mode et les clubs, groupes ou associations diverses de malades florissaient, c'est ainsi que TOSQUELLES créa le club Paul BALVET à Saint-Alban ; ce dernier devait permettre une plus grande mobilité et une plus grande souplesse d'une part du fait des thérapeutiques d'activation par le travail, et d'autre part du fait de la préservation du "filet institutionnel" réseau vivant et concret pouvant s'adapter de façon spécifique à chaque personne entrant dans l'établissement. L'ensemble de cette sociothérapie "instituée" dans l'institution a fini par soulever la question suivante : fallait-il institutionnaliser une société artificielle pour réadapter et réinsérer le malade dans la société extérieure ?

De plus en plus les hôpitaux psychiatriques publièrent le rôle qu'ils avaient joué dans le temps des vastes renfermeries pour tendre à un rôle plus soignant et plus adapté aux exigences du monde actuel.

L'idée de sectorisation qui était à la base de ce changement se développa de plus en plus et comme le dit H. MIGNOT (26) :

" Prévenir la maladie plutôt que la soigner, faire preuve d'hygiéniste plutôt que de thérapeute, dépister tôt pour traiter précocément et obtenir ainsi de meilleurs résultats, tout effort tendant à réintégrer le psychiatre dans la médecine devait nécessairement faire référence à ces principes. TOULOUSE eut le mérite de le rappeler et d'organiser le premier dispensaire de "prophylaxie mentale". Avec cette première création prenait naissance un

mouvement irréversible ; l'action du psychiatre ne peut plus aujourd'hui commencer au moment où la société cesse de tolérer le malade."

C'est à PAUMELLE que revient le mérite d'avoir, à partir de 1957, tenté de réaliser la première expérience totalement consé- quente en s'implantant dans la population du XIIIe arrondissement de Paris.

Depuis cette idée a fait son chemin et de nos jours, même l'institution tend à changer de visage ; certains établissements commencent à mettre en application des systèmes de prises en charges plus souples et plus adaptés aux exigences des malades ; le résultat est d'offrir un éventail plus large ne serait-ce qu'au niveau des diverses formes d'hospitalisation que nous développerons plus loin, telles que l'hospitalisation à domicile, les hospitalisations de jour ou de nuit, les hospitalisations alternantes.

A la suite des évènement de mai 1968 est apparu en France un mouvement proné par certains psychiatres : l'antipsychiatrie. Ce mouvement était en gestation depuis déjà bon nombre d'années. Ces psychiatres ont repris à leur compte quelques idées constructives qui figuraient sur la liste des revendications des psychiatres d'après guerre comme par exemple BALVET, BONNAFE et DAUMEZON. Ce dernier écrivait déjà en 1951 dans l'information psychiatrique :

" Pour ma part, j'estime que la gravité de la situa- tion actuelle nous impose un changement total d'orientation. Toute la critique de l'organisation psychiatrique des pays de vieille civilisation réside dans le fait que, devant l'aliénation men- tale, ils ont traditionnellement choisi, non pas tant de soigner le malade, que de le séparer de la société en l'enfermant..."

Et à propos de la sectorisation :

" Si la formule que je propose est utopique, elle l'est cependant infiniment moins que celle qui consiste à espérer que l'on construira suffisamment pour recevoir les malades qui, dans l'état actuel des choses, affluent à notre porte. Je crois que c'est là le seul avenir qui s'offre à nous ".

Donc dans un premier temps, la politique du secteur s'est imposée comme un moyen de pallier les déficiences de l'hôpital psychiatrique, et secondairement elle se conceptualisa positivement en se démarquant ou dans les meilleurs cas en s'articulant avec l'hôpital psychiatrique dans le traitement des malades mentaux.

Le mouvement des Antipsychiatres

Depuis quinze ou vingt ans la psychiatrie s'est infligée la double négation de ses progrès : la négation de l'institution et la négation de ses concepts fondamentaux. Cette double négation constitue l'Antipsychiatrie.

Il faut rappeler tout d'abord que la psychiatrie a souvent été l'objet d'une dérision. Ceci tient au fait que le couple psychiatre/fou est indissoluble et que, notamment au cours du XIX^e siècle, à quelques rares exceptions près, la psychiatrie ayant échoué dans son dessein de s'aligner sur une médecine en perpétuel progrès, est devenue une botanique inhumaine et carcérale.

Dans sa forme actuelle, l'antipsychiatrie fait partie de tous les mouvements anti, qu'il s'agisse d'antimédecine, d'anticulture ou d'antilitérature. Néanmoins, la tonalité des attaques a changé, peut-être à cause des progrès faits par la psychiatrie. Elle est désormais attaquée, non pas comme une farce sinistre, mais comme une citadelle, une institution. Elle est effectivement une citadelle dans la mesure où elle dispose d'établissements avec de hauts murs qu'on appelait asiles, puis hôpitaux psychiatriques. Ses citadelles sont le lieu "du rejet" de ceux qui ne sont pas tolérés par les sujets supposés sains d'esprit ; il arrive également que ces citadelles ne soient qu'un prête-nom pour la prison, ceci sous d'autres climats.

En fait l'Antipsychiatrie n'est pas unique et homogène. Elle a au moins trois tendances essentielles : celles des Américains, des Anglais et de Basaglia. La grande différence entre les deux côtés de l'Atlantique est que, finalement, ceux qu'on peut appeler les antipsychiatres américains se recrutent surtout parmi les représentants des sciences humaines, et ont pour but essentiel ce qu'ici on appellerait "récupération", c'est-à-dire la réintégration au sein d'une société qu'on ne décrit ni n'analyse, qui est une sorte de donnée en soi, une mère amorphe et normalisante. Au contraire, la variante européenne de l'antipsychiatrie apparaît ainsi :

- Du côté britannique : LAING, COOPER, ESTERSON ont adopté une position qui aboutit à la mise en accusation systématique de ce qu'on a considéré jusqu'ici comme les deux cadres naturels de l'individu, à savoir la famille d'une part et la société d'autre part. Or, LAING lui-même adopte une attitude très voisine de celle de l'école américaine de Palo Alto en Californie (BATESON, BELL, JACKSON...) qui a mis l'accent sur l'étude des communications à l'intérieur de la famille. Le deuxième thème essentiel de LAING est celui de la métanoïa c'est-à-dire du voyage au-delà de soi, l'accomplissement intégral de l'expérience psychotique, considérée comme salutaire. Pour cette tendance britannique, ce voyage est la seule façon d'échapper à l'action aliénante de la société. On peut faire nôtre la réponse de S. LEBOVICI (47) :

" Ceux qui nous proposent de "voyager" avec les psychotiques renforcent par leurs excès l'influence des thérapeutes du comportement que préfigure l'union politique du monde occidental et de celui qui se réclame du marxisme ".

- C'est ainsi qu'on débouche sur une troisième formulation de l'antipsychiatrie qui est essentiellement celle de BASAGLIA, chef de file de la tendance italienne, à savoir une formulation politique. C'est la société qui, désormais, est sur la sellette, c'est elle qui constitue la nuisance essentielle, c'est elle qu'il faut abattre.

Pour conclure, on peut dire que la vertu essentielle de l'antipsychiatrie a été de mettre en question une éventuelle bonne conscience de la part des psychiatres. DIATKINE le dit avec netteté dans une de ses interventions ; on fait la psychiatrie qu'on peut et elle est souvent mauvaise.

Il n'en demeure pas moins que pour le groupe dans son ensemble l'antipsychiatrie apparaît comme vouée à l'échec. LEOVICI (47) demande : "sur quoi va-t-elle déboucher si elle triomphe ?". "La réponse est facile à trouver : à moins d'une inconscience totale, elle débouchera sans doute sur une nouvelle forme de psychiatrie qui ne sera peut-être pas tellement différente de celle qui existe". Si on garde le parallèle entre le gauchisme et la psychiatrie, on peut se demander si la néo-psychiatrie ne serait pas plus dure.

Nous n'en sommes pas là et même dans son véritable pays de naissance, en Grande-Bretagne, elle n'a été qu'une expérience limitée et qui a fini par un échec. Elle portait en elle-même sa propre pulsion de mort. La grande majorité des reproches, concernant la vocation thérapeutique de la psychiatrie, est mal fondée : il est naïf de considérer que le schizophrène est un révolutionnaire ou un mystique. Il est dangereux de le laisser poursuivre "son voyage".

En réalité, l'antipsychiatrie est utile dans la mesure où la psychiatrie est loin d'être parfaite, elle ne peut être considérée comme une donnée scientifique révolutionnaire, effaçant le corps

des connaissances que constitue la psychiatrie. Elle est utile aussi par le fait qu'elle pose question . (La psychiatrie n'a pas attendu pour poser ses problèmes, en France tout au moins, au grand jour et cela a même été l'objet des travaux d'auteurs comme H. EY, LEGUILLANT, TOSQUELLES, P. BALVET, Ph. PAUMELLE et tant d'autres...!). Non pas entre les psychiatres, les antipsychiatres étant également des psychiatres. Il s'agit de cette exposition dans le fait sinon dans la forme sur la place publique qui est parfaitement souhaitable. Le problème de la maladie mentale appartient de droit à la collectivité. Il faut qu'elle soit informée et qu'elle sache, par exemple, les conditions de travail des infirmiers psychiatriques, les difficultés du recrutement et de la formation, l'état de vétusté scandaleuse de la majorité des services hospitaliers psychiatriques.

Enfin ! n'importe qui peut tomber malade. Pour cela nous ne devons pas nous renfermer dans une coquille destinée à préserver une science encore précaire ; nous devons au contraire montrer que (40) : "nous ne sommes ni des policiers auxiliaires, ni des sadiques, ni des charlatans. Ce que nous faisons ne nous satisfait pas toujours ; nous ne pouvons pas faire mieux que ce qui est en notre possibilité".

Le terme de psychothérapie institutionnelle" ou de "thérapeutique institutionnelle" a été très en vogue dans les années 60-65, mais il n'a plus du tout les faveurs de l'opinion y compris en psychiatrie malgré les publications relativement récentes d'OURY qui nous en rappelle toujours l'actualité.

Il est vrai que la crise de mai 1968, l'influence des différents mouvements antipsychiatriques dans leur diversité et leur hétérogénéité, la promotion de l'idée de la sectorisation souvent plus dans les mots que dans la réalité des faits, ont mis en évidence au contraire une critique, à notre avis bien trop systématique et bien trop négative de toute institution confondant par amalgame l'asile comme bien de chronicisation mortifère et l'institution qui peut être un hôpital ou un autre lieu de soins appelé à devenir ce que l'on en fait.

C'est là que la psychothérapie institutionnelle reprend toute son importance dans la mesure où il est nécessaire de veiller en permanence à ce que l'on fait et en particulier à éviter de se laisser gagner par ce que l'on pourrait appeler "l'entropie institutionnelle".

Tout un ensemble de courants historiques de ce mouvement de psychothérapie institutionnelle que nous évoquions précédemment visait précisément, essentiellement à éviter la nocivité de l'institution ou à s'assurer au mieux de sa neutralité pour que puissent

y oeuvrer des thérapeutiques plus spécifiques comme par exemple l'application de la psychanalyse aux malades psychotiques dans le cadre de la clinique psychanalytique de Chesnut-Lodge aux Etats-Unis. A côté, d'autres courants visaient à faire du milieu institutionnel, un milieu porteur en lui-même d'éléments concourant au traitement du malade. C'est dans ce sens qu'ont oeuvré des auteurs comme TOSQUELLES, BALVET, BONNAFE, DAUMEZON, RACAMIER, VERMOREL, WOODBURY, etc...

A notre avis, il faut franchir un pas de plus avec OURY à la Borde dont le projet a été de créer un milieu vivifiant, un milieu de réanimation permettant à ce qu'il appelle "les essais de greffe silencieuse" de "prendre" par médiation de techniques et d'objets institutionnels divers mais articulés en noeuds structuraux et en réseaux signifiants permettant l'émergence du désir et de la parole qui l'exprime.

Il nous semble que notre pratique et notre théorie vont tout à fait dans ce sens là tout en s'en différenciant dans des domaines assez spécifiques que nous développeront, notamment comme lieu d'action dramatique représentative, lieu de mise en scène, lieu d'agir ou d'action dans l'alternance ou l'alternative, lieu de prise de conscience ou d'action herméneutique.

" Toute institution qui se veut parfaite est guettée à brève échéance par le danger de devenir folle ".

P.C. Racamier.

Chapitre 1

But du travail

Il peut sembler présomptueux de vouloir dépeindre en quelques pages le fonctionnement d'une équipe soignante à tendance psychanalytique travaillant dans une institution. D'autant que cette équipe composée de psychanalystes, de psychiatres et d'infirmières ne s'est pas fixée sa ligne de conduite directrice (basée sur les théories de l'agir) en quelques semaines.

Bien au contraire ! ceci est le fruit d'une réflexion de plusieurs années, d'une mise au point, d'un rodage qui apportent, quoi que l'on puisse en penser, des résultats qui sont loin d'être toujours négatifs.

Il est d'autant plus difficile de donner un cliché fidèle des différentes théories inspirant le groupe des soignants dans son approche quotidienne des patients que nous même faisons partie intégrante de ce groupe ; mais à cette différence près que les obligations de notre formation nous ont contraints à prendre le "train en marche" et ce pour une période d'un an ; ceci, à notre avis, est trop limite étant donné le temps nécessaire pour bien s'intégrer dans une équipe déjà constituée.

Le premier contact avec le groupe de soignant ne fut pas facile ; d'emblée plusieurs problèmes se sont posés : des questions qui ont déjà fait couler beaucoup d'encre il y a quelques années et qui sont encore sujettes à controverses. Un psychanalyste

a-t-il sa place dans un système institutionnel ? Pourquoi un service dont la vocation est psychanalytique recourt, suivant les cas, à certains moyens coercitifs dignes des plus belles années de "l'asile" ? On était étonné de voir comment peuvent se marier deux idées qui au premier abord paraissent contradictoires : la position d'écoute et de neutralité bienveillante de l'analyste et son intervention qui peut être médicale, chimiothérapique et - ou agir de façon directive ? Comment en un mot l'analyste peut-il passer du stade de "noble étranger" à un élément intégré et soignant dans l'institution ?

Ce travail n'a pas la prétention de répondre à toutes ces questions mais il essaie simplement de cerner et de comprendre certains aspects théoriques sur lesquels se basent les soignants. L'aspect clinique est illustré par le film présenté conjointement.

Dans ce service hospitalier la parole est possible et même très recommandée. Tout est aménagé pour favoriser la communication et pour étudier et essayer de résoudre les difficultés qu'elle peut y rencontrer à sa transmission. Un certain nombre de relations inter-hiérarchiques sont instituées.

L'information circule dans la mesure où tous les malades sont vus en groupe par les infirmières et les médecins. On essaie de ménager aux malades des temps d'expression, de parole. Les interventions des soignants, qu'elles soient verbales, chimiothérapiques ou même agies ont pour but de provoquer cette parole au sens premier du mot. Les moyens matériels de ce service peuvent être comparés au cadre de la psychanalyse c'est-à-dire aménagés pour favoriser au maximum le discours des patients ; par conséquent ces moyens ne sont pas considérés comme thérapeutiques en eux-mêmes mais adaptés au stade ou à l'état du patient lors de sa prise en charge. Il y a des personnes dont il est important de rendre les actes parlants, d'autres pour lesquels il est important de passer des actes à d'autres mode de signification. L'ultime but étant évidemment de faire passer d'une manière ou d'une autre des effets de sens.

De cette introduction se dégagent plusieurs idées qui méritent d'être un peu plus étayées et ceci qu'il s'agisse des relations soignants - soignés ou inter-soignants ; elles se manifestent au sein des réunions d'équipes, de pavillon ou de groupe ou bien selon

des modes d'intervention "agis" (que cela se concrétise par la parole, la mise en scène ou la chimiothérapie).

Tout ceci n'a, bien sûr, rien d'original en soi. Les moyens sont utilisés partout où l'on fait de la psychothérapie institutionnelle. Nous ne prétendons pas avoir réinventé cela, mais nous pensons que la manière d'utiliser ces manifestations est spécifique ; c'est ce que nous avons voulu montrer dans le film et que nous essayons d'argumenter ici.

Pour terminer cette présentation un peu longue et aride, il serait utile de préciser que ce travail ne fait que compléter le film tourné dans le service à cette occasion et qui tente d'apporter de son côté une vue plus dynamique et vivante de la vie et du mode de fonctionnement dans cette unité de soins.

Dans les chapitres suivants, nous allons décrire les différentes activités occupationnelles et thérapeutiques qui se déroulent dans le service avant d'aborder les modes de prises en charge :

- Administrative ; ceci surtout pour insister sur leur utilité. Les lois de 1838 et de 1968 sont largement connues du milieu médical, mais on a tendance à y avoir de moins en moins recours. A notre avis, l'utilité de ces lois, dans certains cas bien précis, ne relève pas d'un conservatisme tenace ; au contraire, les appliquer dans un but thérapeutique précis peuvent fournir un cadre, peut être rigide, mais souvent seul moyen existant pour aborder certains malades. Elles peuvent avoir aussi dans leur application une valeur interprétative intrinsèque.

- Après l'étude de cette prise en charge administrative, nous insisterons davantage encore sur les prises en charge "médicales" "psychothérapeutiques" avec pour base de cette étude les théories et les idées de fond de l'équipe soignante.

Dans notre introduction, nous avons évoqué les prises en charge chimiothérapiques ou psychothérapiques par l'équipe soignante. Ceci nous amène à définir, et en quelques lignes seulement, le cadre dans lequel sont pratiqués ces soins.

Il s'agit d'un service mixte composé d'une cinquantaine de lits, divisé il y a environ deux ans en deux unités de soins distinctes. Mais l'accent porte sur le fait qu'il s'agit de la même équipe d'infirmiers qui a été scindée en deux ; cela explique que les relations entre les deux unités sont plutôt détendues malgré le fait qu'il ressurgit certains conflits ou rivalités de temps à autres. (Mais rares sont les institutions qui peuvent se prévaloir de l'absence de problèmes inter-équipes). D'autant plus qu'une remise en question des relations inter-soignants ou soignants-soignés ne peut être que bénéfique.

Cette division du service et de l'équipe d'infirmiers ne s'est pas répercutée au niveau des médecins et des psychologues ; ils continuent donc de fonctionner dans les deux ailes du bâtiment apportant ainsi un élément de cohésion en formant le dénominateur commun de ce pavillon dont la division n'est que trop récente.

Evoquer le pavillon nous amène à parler des structures internes ainsi que de toutes les activités qui leurs sont plus ou moins rattachées : réunions, groupes, centre social, activités ergothérapiques etc...

Ces structures fonctionnent en collaboration étroite avec le service tout en étant bien distinctes. Ce qui permet à la majorité de nos patients de bénéficier de cette différenciation des lieux et d'en profiter en jouant sur l'articulation "dedans-dehors" "l'ici et l'ailleurs". (Cf plus loin).

Cependant il nous semble urgent d'insister sur le problème que pose l'articulation concrète des désirs des sujets se mouvant dans une communauté avec les systèmes qui structurent ce domaine collectif. Il est évident que l'on tente dans la psychothérapie un essai de retrouvaille entre le sujet et ses origines : cette rencontre ne peut se faire que par le détours de l'Autre.

C'est à ce niveau que "l'ambiance" a une fonction qui s'organise dans des réseaux plus ou moins stables, pouvant se traduire par des rôles, des fonctions, un vocabulaire plus ou moins explicites mais bien différenciés d'un lieu à un autre.

Le collectif doit être structuré de telle sorte qu'il puisse réserver des zones privilégiées et différenciées : zone vide, vacuole, antigroupe..., des lieux limités dans lesquels viennent se manifester les pensées, les "agir" ; bref, zones particulières où l'on recueille les fantasmes. Ce qui entre en jeu dans les fantasmes est du domaine de l'ouverture vers le symbolique ; les lieux font office de "fenêtre" où se manifeste l'objet. L'absence de ces ouvertures dans l'existence structurelle d'un collectif, d'après les expériences, nous montre les catastrophes qui en résultent pour toute psychothérapie individuelle ou collective.

(Nous livrons dans un premier aperçu un peu compact et elliptique des impressions qui seront explicitées plus loin).

LES REUNIONS :

Comme le dit Denise ROTHBERG (55) dans sa monographie basée sur une expérience très fine de la pratique institutionnelle :
"les réunions à l'hôpital psychiatrique".

" Les réunions sont un moyen thérapeutique, un soin psychiatrique, un élément indispensable de traitement dans la psychothérapie institutionnelle. Mais cela à condition qu'elles visent l'intention thérapeutique toute entière : dans l'appréhension globale du malade, dans la totalité de l'existence de la collectivité, articulée elle-même avec le milieu extérieur ".

On remarque donc que ces rencontres sont un moyen de lutte contre la routine et l'inertie et ceci montre l'importance pratique des réunions que l'on est amené à mettre en place dans le collectif psychiatrique, celles-ci pouvant être considérées comme de véritables opérateurs.

Certaines réunions restent des réunions sans pour autant s'articuler avec ce qui se passe ailleurs ; cela est parfois inquiétant sinon dangereux. Quand ce type se multiplie à profusion, nous tombons dans une maladie institutionnelle : "la réunionite". Mais on peut supposer, afin de conserver une bonne marche des choses, que la réunion a quelque chose à voir avec les groupes ainsi qu'avec tout ce qui se passe dans le collectif, même si la liaison n'est pas clairement perçue.

Il est nécessaire de distinguer les réunions des groupes dans la terminologie du service utilisée dans le film.

LES GROUPES :

Si les réunions figurent comme de véritables opérateurs dans le collectif, on peut dire que les groupes sont un lieu d'existence pour le psychotique, lieu à potentialité de transfert. De même que des déterminations dues au collectif lui-même (et non aux personnes qui l'animent) jouent un rôle que TOSQUELLES aime appeler contre-transférentiel.

La création de telle ou telle catégorie de groupe tient à l'option de certaines personnes qui, dans le collectif, occupent, ensemble, une position, consciente ou non, qu'on peut nommer stratégique. Par exemple, on peut décrire des groupes d'âges : dans un service de chroniques, groupe de personnes âgées ; ou bien des groupes par affinités sociales : groupe de jeunes malades retravaillant depuis peu - après un long arrêt - pour une mise en commun des problèmes posés par une intégration dans un milieu de travailleurs ; ou bien groupes de pathologie déterminée : groupe d'alcooliques fréquemment.

Pourquoi les groupes ?

Les groupes doivent être un lieu de rencontres instituées où le malade peut retrouver autrui. Retrouver implique une remise en question, qui induit une reconnaissance. La relation interindividuelle est surdéterminée par des relations de groupes : famille, milieu professionnel, etc... C'est dans l'Autre que la personne va s'essayer pour retrouver sa gravité ; mais ce n'est possible que si cette recherche est ordonnée globalement par une armature symbolique dont le souci constant est la désaliénation.

Le groupe doit être un "lieu d'existence", où se tissent les relations quotidiennes : banalités, neutralités, paroles inutiles, conflits, décisions gratuites qui engagent malgré soi. Il nous semble que c'est l'instrument par excellence de la resocialisation.

En structurant les soignés, le groupe leur donne une existence sociale plus cohérente, en fait un collectif. C'est seulement à ce niveau que peut se poser le problème d'une articulation des soignants et des soignés. Il nous semble que l'attention du médecin doit se concentrer au maximum sur ces relations inter-groupes, véritables carrefours dialectiques où les messages peuvent être élaborés et la stratégie devenir efficace.

L'institution de réunions inter-groupes est plus que souhaitable : aussi bien sur le plan d'une plus grande maîtrise du milieu, que sur le plan d'une désaliénation.

Dans le groupe institutionnel, l'apparition de la tendance psychanalytique traduit un escamotage des réalités pratiques. Les malades nous y induisent eux-mêmes, parfois ils y débitent volontiers des fantasmes parce que, en fait, ils refoulent ou nient la réalité.

A l'inverse, le groupe tout entier ne s'adonne parfois qu'à l'actualité pratique. Seules sont alors abordées des questions pratiques sous un aspect purement pratique au sens strict du mot. On y parle que de sorties, de médicaments, d'excursions, de petits déjeuners, de la télévision, etc... Ce risque est bien connu de tous ceux qui dans l'organisme psychiatrique ont cru bien faire en réunissant les malades dans le cadre d'un pavillon, d'un service et qui se sont finalement trouvés à la tête de réunions de "patronage". Encore une

fois, cette tendance à la banalisation n'est que peu de chose quand elle est inhérente aux patients, elle devient stérilisante quand elle est partagée par l'équipe soignante : elle s'installe alors comme dominante.

LES THERAPEUTIQUES OCCUPATIONNELLES :

C'est sur ce fond institutionnel que sont mises en place les techniques dites d'ergothérapie, de sociothérapie, de psychodrame, etc... Toutes ces techniques, ainsi que les psychothérapies individuelles, les traitements biologiques et psychopharmacologiques, ne peuvent se développer que si ce fond institutionnel est bien vivant.

Faire de l'activité, du travail un but et un moyen de traitement des maladies mentales est une intention à la fois très vieille et très moderne. Ce travail appartient à la substance de la vie sociale et représente donc une fonction d'engagement dans la réalité.

Autrefois, dans les maisons d'aliénés, on proposait aux malades paisibles des travaux qui reflétaient le mode de production de la société extérieure, à l'époque en majorité rural et artisanal. Les malades non agités assuraient un travail qui n'était pas très différent de celui qu'ils allaient retrouver à l'extérieur. Mais la révolution industrielle a complètement modifié la signification et le sort du travail ergothérapique. Ce dernier prend une tournure à visée de productivité avec un travail à la chaîne et si l'équipe soignante se laisse déborder, le travail perd rapidement sa signification de réadaptation et de resocialisation et devient le but de certains malades dont la tendance à la chronicisation est déjà grande.

La notion de travail occupationnel a été introduite en premier dans quelques établissements psychiatriques aux Etats-Unis sous le nom d' "Occupational Therapy" conçue d'abord pour les invalides physiques et les blessés de guerre. Puis elle a été reprise par H. SIMON dans ses efforts pour secouer la passivité asilaire.

On peut faire nôtre la pensée de P. SIVADON (43) :

" L'ergothérapie place le malade dans un monde simplifié ; elle tend à lui permettre de reprendre la mesure de son corps et de son geste, en affrontant la matière qui résiste, et de faire aussi une expérience de maîtrise et d'appropriation. Elle favorise d'abord l'expression libre ; l'engagement du malade dans la réalité prendra ensuite des formes aux structures praxiques de plus en plus différenciées et expressives dans leur signification ".

Par contre l'univers de l'ergothérapie devient vite dévitalisé si le malade ressent le travail comme un aboutissement en lui-même alors qu'on lui propose un passage permettant une réadaptation. On risque donc d'assister à l'installation dans une activité stéréotypée dite "activité répétitive".

Ce n'est que par une intégration de ces lieux de travail dans un système de soins psychiatriques qu'on pourra éviter une séparation entre l'effort thérapeutique et le placement social.

Le travail offre à l'équipe soignante des informations sur le malade tel qu'il vit dans un univers cohérent et se rapprochant du milieu extérieur. Ainsi conçu, le travail est une des composantes du traitement et il permet la mise en place d'un dispositif où la

signification des relations interpersonnelles s'introduit dans un discours.

Les ateliers d'ergothérapie ou de travail peuvent jouer le rôle d'observatoire pour l'établissement d'un bilan psycho-socio-professionnel (lieu de post-cure ou patients en hôpital de jour). Cette tendance s'accroît davantage dans les perspectives actuelles de la thérapie comportementale.

Tels quels, ces différents aspects, ou même l'ergothérapie en elle-même sous quelque forme qu'on la considère ne peut avoir d'intérêt qu'au double point de vue que nous ne ferons que stigmatiser en permanence :

- Réarticulation d'une action qui doit pouvoir retrouver vie et sens dans un milieu échangeur où dans une certaine mesure s'alterne répétition et régression au sens spécifique de ces termes.

- Création du milieu et du mode de vie qui pour un temps plus ou moins long, mais dont la durée n'est pas exclue pourvu qu'elle fasse partie de l'expérience régressive c'est-à-dire thérapeutique et qu'elle évite de pétrifier en répétition chronicisante et mortifère (cf. S. RESNICK, la spatialisation du temps chez le psychotique reprise des phénoménologues E. MINKOWSKI). Permettre cette double réarticulation où la mise en scène, la dramatisation, l'action réfléchie et réfléchissante, l'alternance et l'alternative du temps et du lieu, débouchant sur la dialectique de l'altérisation et de l'identité ou de l'identification, représentent les mouvements et les intentions essentiels et spécifiques.

La théorisation des techniques groupales a fait l'objet d'importants travaux. Nous rappellerons principalement les travaux de Bion et ceux qui sont issus des Séminaires Internationaux de Psychothérapie de Groupes de Lausanne publiés par P.B. SCHNEIDER ou ceux de l'école d'ANZIEU.

Le problème de l'idéologie qui sous-tend ces techniques et par ailleurs le problème de dynamique de groupes nous paraissent véritablement fondamentaux.

(Dans cette partie de notre exposé, nous nous référerons à l'article (54) de M. Marie-Cardine à qui nous emprunterons de larges extraits).

De cette idéologie, se dégage une notion très importante de co-thérapie, notion nouvelle sur laquelle nous insisterons pour essayer de montrer l'utilité et l'articulation de la théorie et des techniques dans le domaine de la psychothérapie institutionnelle. Rappelons tout d'abord schématiquement le mode de fonctionnement dynamique d'un groupe d'une manière très générale.

Prenons par exemple un groupe d'une dizaine de personnes. L'observation va montrer que chaque participant de ce groupe va se mettre à fonctionner comme s'il était porteur de charges électriques positives ou négatives, qui vont être pour chacun un élément dynamique de répulsion ou d'attraction ; les membres du groupe

sentiront alors passer entre eux soit des courants de sympathie soit des courants d'antipathie. Tantôt le courant de sympathie va devenir intense et les membres du groupe auront le sentiment d'être très unis, très soudés, ne formant qu'un seul bloc ; c'est le mode de fonctionnement fusionnel qui ne peut se faire que si à l'extérieur un ennemi commun est désigné au groupe ou en tout cas un objet, quel qu'il soit, qui devient le porteur de toute la charge de l'énergie de répulsion. Si cette énergie de répulsion est réintroduite dans le groupe, soit des tendances à la dislocation se manifestent, le groupe se morcelle et les membres se trouvent isolés les uns des autres, soit que les participants se séparent par groupes de deux : c'est l'hypothèse de base du couplage selon BION.

" Un groupe fonctionne souvent en oscillant entre ces modes de fonctionnement avant d'atteindre un certain niveau d'équilibre entre les forces négatives et positives qui permettent à chacun de ses membres de garder son individualité, son autonomie et en même temps de se sentir membre du groupe, et c'est à ce moment là qu'il atteint son niveau de travail et de production lui permettant par exemple de produire en commun des fantasmes, des éléments théoriques ou d'autres tâches quelles qu'elles soient."

Nous pensons que cette théorie de fonctionnement groupal s'applique dans la psychothérapie institutionnelle à deux niveaux essentiels :

- Dans les groupes soignants-soignés, les patients vont mettre en application la théorie des charges positives et négatives et de cette manière un courant de sympathie va passer entre certains soignants et un malade donné et à ce moment ces soignants serviront

de support narcissique, de cadre, d'élément structurant pendant que ceux porteurs des charges négatives deviendront le mauvais objet matérialisé, visualisé réel et présent.

Par ailleurs, l'intérêt d'avoir plusieurs lieux d'activité et un groupe de thérapeutes est de permettre au patient de projeter les différentes parties morcellées de sa personnalité, jamais identiques entre elles ni même d'un moment à l'autre, chez les différentes personnes de son entourage.

- Dans le groupe des soignants, et toujours en schématisant, la discussion et la théorisation permettent à tous les membres une mise en commun du matériel collecté, un essai de restructuration et d'assemblage de ces différentes parties ; et si on se permet de comparer le fonctionnement psychique à un gigantesque puzzle on pourrait dire que certains membres possèderaient les parties "imaginaires", d'autres les "symboliques", d'autres la "réalité"... la théorisation et les réunions vont aider à l'assemblage et à la construction et ceci en analysant le pourquoi et le comment de ce décalage de plans, en essayant de réintégrer et de résorber ce clivage.

Ceci nous paraît inhérent à la problématique du malade mental, notamment psychotique et surtout en ce qui concerne les paranoïaques, les schizophrènes, mais aussi les psychopathes, les hypochondriaques et certaines névroses graves. De nombreux aspects très importants de la théorisation de la psychothérapie et de la pratique institutionnelle reposent sur cette nécessité ; qu'il s'agisse de J. OURY à LABORDE avec sa notion du circuit et de lieu de parole à analyser, qu'il s'agisse de cette modalité nouvelle

du diagnostic : le diagnostic en groupe que J.C. BENOIT avait exposé au Congrès d'Actualités psychiatriques sur le thème de la révision nosographique en 1975, qu'il s'agisse de la cure des scissions théorisées par M. WOODBURY et P.C. RACAMIER ou de l'escalade des agirs et leur gestion que nous théorisons dans notre pratique de psychothérapie institutionnelle.

Chapitre 2

Les prises en charges administratives

La tendance de la psychiatrie moderne (et elle s'accroît de plus en plus) est de traiter les malades mentaux en cure libre, c'est-à-dire :

- Soit sans hospitalisations : soins donnés à domicile (HAD = hospitalisation à domicile), consultations externes spécialisées notamment dans les dispensaires départementaux d'hygiène mentale.

- Soit par hospitalisations en service ouvert : services psychiatriques des hôpitaux généraux, services libres des hôpitaux psychiatriques.

Mais il reste nécessaire de recourir à l'internement lorsque le malade n'accepte pas d'être soigné ou hospitalisé alors que son état l'exige.

La législation relative à l'internement répond à deux préoccupations largement contradictoires : le souci de sauvegarder la liberté individuelle et d'éviter les internements arbitraires ; le souci de mettre hors d'état de nuire des malades dangereux.

Nous retrouverons ces préoccupations en examinant les différentes lois traitant de l'internement des malades mentaux, en particulier celle de 1838 et les réformes qui l'ont suivie.

Notre but n'est pas une analyse juridique mais plutôt une approche médicale tentant de mettre en évidence l'utilité que peut parfois revêtir l'application de cette loi.

Les différents modes de placement

La loi de 1838, déclarée parfaite par les uns, qualifiée par les autres de mauvaise ou scélérate, excellente entre toutes au moment de sa promulgation, a surtout besoin d'être complétée et rajeunie pour être mise en harmonie avec les faits, les moeurs, les exigences du droit et de la psychiatrie actuelle.

Il faut rappeler tout d'abord cette notion facilement oubliée, que dans son esprit, la loi de 1838 se présente beaucoup plus comme une loi d'assistance et de protection de la personne et de ses biens, que comme une loi de défense de la société : les modalités du placement dit volontaire (à la demande de la famille) sont en effet définies avant celles du placement d'office (fait à la demande des autorités administratives chargées du maintien de l'ordre).

Depuis une trentaine d'années des dispositions particulières ont été prises qui ont considérablement assoupli son fonctionnement. Citons parmi ces dispositions les plus importantes : la possibilité d'auto-placement volontaire, la création de services ouverts, le remplacement de l'expression "Asile d'aliénés" et "Aliéné" par les termes d' "Hôpitaux Psychiatriques" et "Malade mental" et la possibilité des sorties d'essais.

Malgré ces aménagements, les dispositions essentielles de la loi de 1838 sont restées en vigueur ; mais peu à peu, l'aspect de "défense de la société" a dominé dans l'esprit du public et des

médecins l'aspect "protection de la personne et de ses biens", si bien que les dispositions de la loi sont apparues comme redoutables, infâmes, pour le malade et sa famille ; au point que les placements dans les asiles d'aliénés, devenus des hôpitaux psychiatriques étaient reculés ou évités le plus possible.

En effet, assez rapidement, les placements à l'hôpital psychiatrique ont été assimilés à des "internements" (c'est-à-dire dans l'esprit du public et de beaucoup de médecins non spécialistes), à un placement à vie ou tout au moins très prolongé décidé par l'autorité administrative et auquel il sera très difficile de mettre fin, de plus généralement, réservé à des malades dangereux.

Sans vouloir entrer dans le débat actuel concernant cette loi et ses réformes, débat traitant de son remplacement, du maintien de l'état de "statu-quo" ou de son abolition ; on insistera sur son application, même dans sa forme actuelle, dans un but de prise en charge thérapeutique ; et ce surtout dans des cas se présentant rarement en psychiatrie privée mais encore assez fréquemment rencontrés dans les institutions : le cas des patients inconscients de leur état pathologique et qui risqueraient de voir leur état s'aggraver fâcheusement si le traitement était différé.

Dans ces éventualités, l'application de la loi peut avoir un rôle positif : rôle d'encadrement, de structuration, puis dans un second temps et à l'aide d'un auto-placement une association claire du patient à sa propre prise en charge et ceci par le biais de la signature administrative. On parle souvent de respect de contrat en psychiatrie. Y a-t-il un meilleur contrat ?

Il ne faut cependant pas généraliser, il paraît important de rester bien avare dans l'utilisation des placements en se limitant

strictement à des cas où le type d'hospitalisation pourrait jouer un rôle positif.

On peut citer à titre d'exemple une observation, parmi tant d'autres, pour qui, de l'avis de l'équipe soignante, l'admission tout d'abord en placement d'office puis la transformation en auto-placement a largement contribué à la prise en charge psychothérapique et à la bonne évolution de l'état clinique.

Monsieur G... est âgé de trente six ans ; sa première hospitalisation dans le service eut lieu alors qu'il avait vingt-cinq ans. L'histoire de notre malade commence à l'âge de 18 ans par une psychose délirante interprétative pour laquelle il y eut plusieurs hospitalisations dans divers établissements, entrecoupées de périodes d'amélioration de plus ou moins longue durée.

C'est dans un de ces établissements que Monsieur G... va rencontrer une patiente maniaco-dépressive qu'il épousera. Le couple s'installe dans la Sarthe et Monsieur G... va travailler comme éducateur spécialisé pour les enfants inadaptés. Un an après le mariage, naît un bébé et c'est au cours de l'année suivante que Madame G... se suicide en se jetant sous un train. Monsieur G... revient à Lyon et loge chez sa mère. Il se remarie en 1968 et a eu deux enfants depuis lors.

Depuis son retour à Lyon, Monsieur G... a été hospitalisé à cinq reprises dans le service ; notre intérêt pour ce cas clinique émane du fait qu'à chacun de ces séjours en placement libre le malade quittait l'hôpital de son propre chef après un très bref temps d'hospitalisation sans que l'on note une amélioration notable ; de plus, cet état de fait ne faisait qu'aggraver son état ainsi que l'ambiance familiale car il faisait subir un régime de terreur à son

entourage. Les deux seules rémissions de longue durée sont suivies à la suite de placement d'office puis transformé en auto-placement.

Ce cas clinique nous paraît bien illustrer l'intérêt thérapeutique que peuvent présenter les différents modes de placements. Le milieu social du malade lui devenait à chaque rechute hostile et comme nous écrivait sa mère lors des "crises" (pendant la période où il habitait chez elle) : "on est absolument désarmé, au bord de la dépression, ... on le supplie de prendre ses médicaments et lui nous conseille de nous mêler de nos affaires...". Au moment de sa réintégration à l'hôpital psychiatrique en placement d'office, le service et la famille revêtent alors le rôle du bon objet, dans la vision manichéenne de ce psychotique, tandis que le médecin certificateur va endosser le rôle du mauvais.

Parallèlement, l'état du malade s'améliore lors de sa réintégration dans le service, la prise en charge complète par un milieu qui se situe en dehors du conflit et le contrôle permanent de l'ambiance psychologique par les techniques de la psychothérapie institutionnelle vont jouer le rôle réparateur dont il a besoin.

Lors du passage en auto-placement, un lien stable va se créer entre le malade et nous ; du fait de l'apposition de sa signature, le malade, à chaque sortie, va se prendre en charge et le contrat bipolaire s'établit cette fois entre lui et nous et non plus entre l'administration, personne anonyme, et un service d'internement.

Il n'empêche que cette sortie d'essai va rester médiatisée par la mesure administrative qui garantit ainsi une certaine distance entre le médecin et le malade ; mais en même temps cette notion de distance n'exclue pas le maintien d'un lien, d'une relation.

Tout à fait le contraire, cette signature va représenter un engagement entre le patient et nous, engagement qui sera pour le patient un pôle sécurisant, présent et disponible. De même la sortie d'essai traduit également l'énonciation de la loi si importante pour le psychotique, mais il s'agit d'une loi souple qu'il pourra assimiler à l'intérieur de lui-même.

La notion d'internement doit donc être attachée à la personne du malade mental et non aux murs de l'établissement ce qui permet de l'utiliser pour son traitement.

En ce qui concerne le milieu social et le milieu familial, on s'aperçoit qu'il développe une réaction de défense devant l'angoisse du malade ; c'est un mode de fonctionnement qu'on ne saurait empêcher. Il semble préférable tant pour le malade, sa famille ou la société de lui signifier psychologiquement sa folie plutôt que de le laisser vivre dans un système délirant avec une absence totale de la protection dont il a pourtant besoin.

A la lumière de cette observation, on a tenté de démontrer, si besoin était, l'utilité et l'indication de l'internement fondé sur la notion de soins à apporter dans un cadre institutionnel.

Utilisé avec l'aide d'un appareil administratif suffisamment souple, cet instrument peut avoir une valeur thérapeutique et à ce moment la législation ne sera plus fondée uniquement sur la notion de défense de la société mais en premier et surtout sur une valeur thérapeutique, une valeur de soins.

Les hospitalisations partielles

La notion d'hospitalisation partielle en psychiatrie est nouvelle et, souvent, l'idée que l'on s'en fait actuellement reste assez confuse ; il y a donc lieu de commencer cet exposé par une définition qui permettra de situer ce mode d'assistance aux malades mentaux.

Actuellement, on dispose de plusieurs catégories d'hospitalisation partielle ; nous étudierons plus spécifiquement les hospitalisations de jour ou de nuit, encore appelées hôpital de jour ou hôpital de nuit.

L'hospitalisation partielle, comme son nom l'indique, consiste à accueillir un malade en milieu hospitalier non pas vingt quatre heures sur vingt quatre, et cela pendant plusieurs semaines ou mois, mais de temps à autre, à un rythme varié et qui doit être personnalisé pour chaque malade. Le malade vient à l'hôpital psychiatrique de lui-même selon un rythme qui a été discuté et accepté avec lui ; il restera une partie de la journée ou de la nuit.

Ces différents modes de prise en charge jouent le rôle d'une structure intermédiaire entre le dispensaire et l'hôpital psychiatrique. L'hôpital de jour, par exemple, permet au malade de se faire soigner comme s'il se rendait à une consultation de dispensaire tout en bénéficiant, pendant ses heures de séjour, de traitements en tout point proches de ceux donnés par le service lors d'une hospitalisation complète. Le fait que le malade puisse de présenter

librement le place dans une situation de demandeur de soins, La participation du malade à sa guérison est réellement active, ce qui est un gros avantage thérapeutique. Il n'est plus possible de "faire perdre son temps" au malade qui accomplit souvent un petit voyage - toujours fatiguant pour lui - pour se rendre à son hospitalisation partielle. Il doit vivre son programme thérapeutique comme un plein temps thérapeutique.

Les indications de ces hospitalisations sont très nombreuses puisque les différentes formes proposées atteignent des secteurs de population morbide différents. Viendront à l'hôpital de jour tous les malades ayant la chance de bénéficier d'un encadrement familial et social satisfaisant et qui pourront trouver dans la journée à l'hôpital les soins que nécessite leur état.

L'hôpital de nuit correspondra à des malades dont l'insertion sociale et familiale est mauvaise mais dont les activités professionnelles restent possibles.

De même sur le plan social, les hospitalisations partielles trouvent leur justification dans la transition qu'elles offrent au malade pour l'aider à sortir de l'hôpital psychiatrique. Il pourra réapprendre à coordonner les inter-réactions issues de sa vie professionnelle, son milieu social, sa constellation familiale et de sa personnalité.

D'un point de vue clinique, au début d'une décompensation névrotique ou psychotique dont la forme et les manifestations n'indiquent pas une hospitalisation à temps plein, ni une surveillance de tous les instants, il est certain que la formule "hôpital de jour" se justifie pleinement.

Au cours de certaines affections chroniques où une amélioration partielle a pu être obtenue, l'hospitalisation complète ne s'impose plus ; mais les malades ne sont pas encore aptes à affronter une vie professionnelle ou sociale ; dans ces cas là également l'hospitalisation de jour ou de nuit pourra permettre d'effectuer une transition entre la vie très protégée de l'hôpital et celle entièrement libre de l'extérieur.

Enfin, si la formule intervient au début d'une décompensation, elle pourra éviter une aggravation et la rupture que constitue une hospitalisation à temps complet en hôpital psychiatrique.

L'hôpital de jour sera ouvert au malade de 9 heures à 17 heures, et les patients pourront le fréquenter de une à six fois par semaine, selon leur état, leur maladie et la nature de leur évolution.

Pratiquement tous les traitements chimiothérapiques pourront être administrés dans le cadre d'un hôpital de jour, ceci en parallèle avec d'autres activités proposées, soit de type thérapie occupationnelle genre ergothérapie, sport, piscine, repas en commun... ou psychothérapie de groupe : réunions ; psychodrame individuel ; psychothérapie de soutien.

L'analyse des conditions de vie de chacun dans l'hôpital, montre que l'intensité des relations qu'il entretient avec le groupe des soignants - soignés a, dans l'ensemble, diminué depuis qu'il a changé de régime d'hospitalisation.

Le fait d'arriver plusieurs heures après le début de l'activité d'une équipe, le fait de constituer une minorité dispersée qui n'entretient plus les mêmes types de relations avec les autres malades qu'auparavant et qui échappe au sort commun, expliquent cette

réduction importante des échanges. Pratiquement cela se traduit par le fait que les infirmiers ignorent souvent quelles sont les activités réelles du malade et qu'au cours des réunions de groupe, il est plus difficile d'obtenir un avis sur le comportement de ceux qui se trouvent ainsi relativement isolés. Il apparaît que les progrès constatés au début surviennent surtout du fait de l'alternance des stimulations et des mises en situation conflictuelle à l'extérieur avec des périodes de vie en milieu protégé à l'hôpital. Mais l'évolution thérapeutique atteint rapidement une limite parce que la diminution de relations avec le groupe ne permet plus aux malades d'utiliser leurs nouvelles expériences.

La formule de l'hôpital de nuit complète la précédente. Pour distinguer l'hôpital de nuit d'un simple foyer d'accueil, il faut qu'en fin de journée et particulièrement entre 17 heures et 20 heures, le malade arrivant à l'hôpital puisse trouver un personnel qualifié à sa disposition et encore disponible. Ceci implique que les médecins soient toujours là, ainsi que les psychologues, les assistantes sociales et les psychothérapeutes. Ces conditions sont rarement remplies et c'est pourquoi l'hôpital de nuit tend de plus en plus à jouer le rôle d'encadrement affectif, de lieu de détente pour le malade auquel il ne peut prétendre à l'extérieur.

Il est évident que dans un tel contexte, cette mesure représente une démission thérapeutique du service, méconnaissant la maladie, recherchant au niveau des malades un garant extérieur dans le travail et remettant le "soin du soin" à la société hors les murs.

C'est pourquoi actuellement, on tend à appliquer le processus suivant : le candidat à l'hôpital de nuit, après examen et

discussion avec l'équipe du pavillon, bénéficie de permissions quotidiennes pour chercher du travail, celui-ci une fois découvert, le malade dort et prend ses repas du soir à l'hôpital pendant une période variable ; son salaire est destiné à constituer un capital lui permettant de prendre une chambre en ville et de subsister lors de sa sortie définitive.

Malgré ces quelques réserves, la formule d'hospitalisation partielle en psychiatrie reste quand même justifiée par un certain nombre d'avantages.

Sur le plan matériel, elle permet de réaliser une économie en équipant des services de façon moins onéreuse, en ne gardant le malade à l'hôpital que le temps nécessaire à son traitement.

Sur le plan thérapeutique, et c'est l'essentiel, elle permet d'éviter dans une certaine mesure la ségrégation, l'impression de rejet par la société qu'avait le malade psychiatrique placé dans les institutions hospitalières habituelles. Elle permet aussi d'éviter "l'hospitalisme", le rejet et l'abandon par la famille, la résignation du malade vis-à-vis de sa maladie, la chronicisation en quelque sorte.

Sur le plan social, elle permet de détruire un certain nombre de préjugés concernant l'hospitalisation psychiatrique qui s'abritait derrière de hauts murs difficiles à franchir dans un sens comme dans l'autre.

L'importance de la différenciation des lieux

Toutes ces structures, activités, modes de placements ou d'hospitalisation sont intégrés dans un système global qui seul autorise que l'on parle de psychothérapie institutionnelle.

Toute psychothérapie a son cadre, ses règles, ses protocoles au travers desquels s'établit une relation entre le malade et son thérapeute : cette relation s'opère grâce à des médiations verbales et matérielles.

Si ces médiations ont été instaurées dans le seul but de rendre le séjour des malades dans l'institution plus attrayant et le travail de l'équipe soignante plus agréable sans aucune autre visée thérapeutique, on ne ferait qu'imiter le monde dans lequel vivent nos malades c'est-à-dire une vie factice, creuse, sans signification interne.

Il est nécessaire d'analyser ce qu'est l'institution, ce lieu médical de soins, comment elle peut être créée ou modifiée afin que ces divers éléments puissent prendre leur place dans le cadre d'une véritable psychothérapie.

Pour opérer une telle transformation, il a fallu détruire les structures rigides préexistantes et mettre à leur place de nouvelles institutions. On sait comment la destruction de certaines défenses fait apparaître des pulsions. Rappelons que l'expression "mettre bas" signifie donner naissance.

La mise en place de nouvelles institutions (ateliers d'ergothérapie, groupes, réunions ...) permet aux malades d'y vivre mieux, de reprendre une apparence humaine, de travailler normalement. Concevoir un hôpital dans lequel les relations sont à l'image de celles de la société, c'est méconnaître la perturbation relationnelle fondamentale inhérente à la maladie mentale, et par là même, nier cette maladie.

Toute structure, même normalisée, si elle est imposée, risque en effet de limiter les expressions personnelles et de camoufler les désirs profonds des malades. Ainsi donc, il convient de nous interroger sur ce que cache la présentation formelle que donne le psychotique de lui-même.

Derrière le contenu manifeste, il y a un besoin réel.

L'institution peut-elle y répondre et comment ?

C'est à un niveau très archaïque que se situent les troubles de la personnalité du psychotique. Son besoin est de retrouver sa cohérence interne et ce n'est pas le plaquage d'un équivalent de surmoi calqué sur celui des soignants qui suffira à lui permettre d'intégrer ses diverses pulsions à l'intérieur d'un tout homogène. Pour y parvenir, dans un premier temps, le malade doit pouvoir se sentir accepté dans toutes les expressions de sa personnalité, et non pas simplement sous des aspects parcellaires. Ce principe de base implique que le malade puisse s'exprimer dans toutes ses manifestations pathologiques et ceci n'est possible que si une différenciation de lieux existe : lieux où le psychotique projette, dans le milieu extérieur, d'une manière incoordonnée, discordante, dispersée, dissociée, etc... la division, le morcellement de sa personnalité, de son Moi ou de son monde intérieur.

L'existence d'équipes distinctes (ateliers, unités de soins, ergothérapie ...) permet d'une part d'aller au devant des malades dans les lieux où ils sont et de les accepter comme ils se manifestent, dans toutes les expressions de leur personnalité ; donc si on veut réduire un morcellement, il faut tout d'abord rassembler les morceaux parsemés ou clairsemés en allant les chercher là où ils se trouvent c'est-à-dire dans les lieux où ils se sont projetés ou dans les personnes dans lesquelles ils sont justement entreposés.

D'autre part, ceci permet de manier l'alternance de la présence et de l'absence, la distance entre différents lieux, entre différents temps et différentes situations chez le psychotique pour essayer de reprendre chez lui un fonctionnement maturatif qui a échoué antérieurement pour des raisons qu'on cherche à comprendre et à restaurer dans le fonctionnement institutionnel. Ceci se faisant comme dans le cas du "jeu de la bobine" par lequel l'enfant fait à la fois disparaître et réapparaître, tout en la manipulant, la présence de sa mère. C'est un peu l'objet transitionnel cher à WINICOTT, c'est-à-dire un objet qui n'est plus la mère et qui n'est pas encore l'objet interne. C'est une espèce d'objet matériel, un objet partiel d'ailleurs, qui fonctionne comme une étape de transition entre la présence réelle, physique et personnelle de la mère et ce qui doit devenir ultérieurement la personne intériorisée.

On essaie de reprendre cette notion d'objet transitionnel dans notre fonctionnement institutionnel ; l'institution fonctionnant comme un objet transitionnel, comme un lieu et un temps transitionnel où par des jeux, des variations d'alternance de présence, d'absence, d'intensité ... on cherche à faire se produire chez le malade cette maturation qui n'est que la réalisation ou la modification des imagos qui constituent des éléments essentiels du fonctionnement de l'appareil psychique.

Les prises en charges médicales psychothérapiques

Toute cette psychothérapie et les différentes associations qui peuvent en découler font partie d'un discours médical dans l'acception de certains auteurs ; schématisant rapidement, on peut dire que leur conception se base sur un ensemble de défenses qui occulteraient le discours véritable du patient ; de cette façon, il ne peut trouver véritablement à se faire entendre.

Nous serions tentés d'être d'accord, mais l'on sait que seul un petit nombre de patients relève d'une telle conception psychanalytique assez stricte et d'un tel mode d'abord tout au moins dans un premier temps ; le discours culturel, celui qu'ils ont appris, et peut-être aussi celui que créent spontanément toutes les civilisations ou presque, appelle ce mode de communication dans le cadre de l'institution médicale.

"C'est le génie de BALINT de l'avoir compris et d'avoir montré comment pouvait être concilié et remodelé ce discours médical et ce cadre médical rendus perméables par l'expression de la demande et du désir. Qu'on le veuille ou non, c'est pour longtemps encore que nombre de problématiques personnelles s'exprimeront à travers les visages de l'hystérie, de l'hypochondrie, de la plainte psychosomatique ou de ses lésions d'organes quelle que conception pathogénique qu'on en ait ; et l'expérience prouve que quand on veut trop démedicaliser ou dépsychiatriser un patient, quand on veut forcer les défenses ou pourchasser l'inconscient à se découvrir, les dites défenses se renforcent et l'inconscient trouve d'autres modes de leurres ou de masques où les plus orthodoxes ou les plus rigides

dans l'orthodoxie soit disant psychanalytique, se laissent bel et bien prendre ; et c'est alors que l'on voit fleurir ici les recours ou la recrudescence de la magie, de la sorcellerie, du suicide, des passages à l'acte de toutes natures.... sans parler de la subtile façon qu'il peut y avoir de rendre plus imperméable un milieu institutionnel donné à l'écoute et à la compréhension de la psychotérapie en voulant l'y ouvrir sans lui laisser le temps des évolutions et des maturations nécessaires" (54).

Nous ne pouvons ne pas faire appel à notre pratique quotidienne de psychiatre où en permanence sont mêlés le corps et l'expression mentale des conflits dans un tout indissociable : c'est ce malade catatonique qui à plusieurs reprises ayant balancé entre les accès délirants paramoïdes et les épisodes alcooliques, véritables équivalents, semble trouver une apparente guérison dans la torsion d'un volvulus du sigmoïde dont l'évolution chirurgicale a failli à plusieurs reprises être compromise ; c'est ce psychopathe délinquant et alcoolique qui se met à osciller entre les épisodes hallucinatoires et les crises d'asthme authentiques à partir du moment où la voie des passages à l'acte lui est barrée.

C'est pourquoi, à notre sens, il nous semble primordial de ne pas démedicaliser la psychiatrie, car avant qu'un malade puisse utiliser sa parole en tant que sujet, il exprimera sa demande, son désir, ses besoins ou sa souffrance à travers son corps et précisément les modes d'accès au corps sont l'objet de la médecine. Depuis des siècles, dans toutes les civilisations, la médecine ou les médecins se sont constitués à partir justement de l'abord du corps parce que l'homme vit dans et à travers son corps et par conséquent il exprime aussi dans et à travers ce corps, sa souffrance. Qu'il parle,

qu'il ne parle pas, qu'il ne parle qu'à travers un organe, une fonction dérégulée, etc..., c'est un tout et précisément dans cette volonté de démedicalisation il y a une espèce d'intellectualisation et d'oubli, de refoulement ou de clivage du corps.

Il est donc utile de redire avec tous les courants Balintiens ou de psychologie médicale que pour nous il n'existe pas de corps sans psychisme, démentalisé, comme il n'existe pas de psychisme désincarné. Il est donc important de montrer, justement dans cette perspective, combien l'hôpital psychiatrique peut être le lieu d'articulation du corps et du fonctionnement mental, lieu d'abord et de traitement de tout ce qui s'exprime dans, par et à travers le corps. Il reste un service de médecine qui doit être un lieu de progrès et d'évolution du modèle médical devant rester en permanence à l'écoute du corps, de l'inconscient, des sentiments, de la pensée, des conflits internes... et de la souffrance.

Présentation du service hospitalier

De tout ce qui précède, nous pouvons constater que le service médical où nous travaillons appartient à une institution ordinaire, ressemblant à des dizaines d'autres dans des hôpitaux psychiatriques en France, offrant presque les mêmes structures pour une psychothérapie institutionnelle.

Cependant, si on laisse de côté ce cadre ou moule commun, nous remarquons que la théorie appliquée dans le service, en l'occurrence théorie basée sur l'agir, permet des possibilités plus grandes dans l'approche des malades névrotiques et surtout psychotiques. Non pas qu'elle soit originale en elle-même, car elle a déjà été décrite et discutée, mais parce que on pense qu'elle est plus facilement saisissable par ce genre de patients non encore en mesure d'intérioriser des interventions verbales analytiques et pour qui le symbolisme ou les fantasmes ne peuvent être encore assimilés.

Cet "Agir" n'est pas l'apanage des seuls soignants, bien au contraire, la majeure partie des malades fréquentant le service s'exprime de cette façon, l'agir des soignants n'intervient qu'en tant de réponse.

Avant d'aborder l'agir sous son aspect théorique ainsi que sa gestion par le groupe des soignants il faudrait tout d'abord rappeler quelques définitions et la genèse de cette théorie.

Lors d'une cure psychanalytique, le patient (ou l'analysé) découvre au fur et à mesure son inconscient qui s'exprimera à travers le rêve, les fantasmes et la traduction par le langage verbalisé à voix haute et audible en présence de l'analyste.

A ce moment, se développe le monde de l'analysé : découverte d'une nouvelle expérience, du monde de la fantasmatisation, de la vie onirique. Il y a reviviscence, actualisation, répétition, remise en scène de choses appartenant au passé.

Durant la cure, le patient devient de plus en plus productif, s'élabore lui-même : il y a abréaction émotionnelle. Toute sa vie est visualisée, repassée comme un film qui se construit en présence de l'analyste.

Dans le service, on essaie de transformer l'espace psychanalytique en une institution techniquement adaptée, en un laboratoire ou un milieu expérimental, où on vient pour vivre une tranche de sa vie en un ou plusieurs séjours. Le patient confronte sa propre personnalité avec un milieu qui interréagit, milieu entraîné par son intention de compréhension, de prise de conscience, de thérapeutique. Reste évidemment à s'interroger sur ce que veut dire "l'intention thérapeutique" puisqu'elle relève en majorité de l'intervention des soignants. Ceci en opposition à la pure mentalisation à la limite désincarnée et démedicalisée que pourrait vouloir être une certaine conception de l'analyse.

Problèmes de définitions

En général, les psychanalystes utilisent plus facilement les termes d "acting-out" ou de "mise en acte" que le terme "Agir".

J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS (49) dans leur "vocabulaire de la psychanalyse" définissent ainsi le terme d'acting-out :

" Terme employé en psychanalyse pour désigner les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivations habituels du sujet, relativement isolable dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive. Dans le surgissement de l'acting-out le psychanalyste voit la marque de l'émergence du refoulé. Quand il survient au cours d'une analyse (que ce soit dans la séance ou en dehors d'elle), l'acting-out est à comprendre dans sa connexion avec le transfert et souvent comme une tentative de méconnaître radicalement celui-ci ".

A la lecture de cette définition on notera que l'acting-out est en relation directe avec le transfert. Ceci a été nettement indiqué par FREUD qui a souligné la tendance de certains patients à mettre en acte hors de l'analyse les motions pulsionnelles réveillées par celle-ci. Le sujet qui met en acte des conflits hors de la cure est moins accessible à la prise de conscience de leur caractère répétitif et risquerait de satisfaire jusqu'au bout ses pulsions refoulées (49)

"Il n'est nullement souhaitable que le patient, en dehors du transfert, mette en acte au lieu de se souvenir ; l'idéal, pour notre part, serait qu'il se comporte aussi normalement que possible en dehors du traitement et qu'il ne manifeste ses réactions anormales que dans le transfert".

En français, la traduction la plus souvent retenue du terme "acting-out" est le "passage à l'acte". Mais ce terme est utilisé surtout en psychiatrie institutionnelle où l'usage a voulu qu'il exprime des actes impulsifs, violents, délictueux, sans aucune symbolisation, possibilité d'intériorisation ou de relation transférentielle.

On entend par la "mise en acte" et selon FREUD : "le fait par lequel le sujet, sous l'emprise de ses désirs et fantasmes inconscients, les vit dans le présent avec un sentiment d'actualité d'autant plus vif qu'il en méconnaît l'origine et le caractère répétitif.

Déjà ce terme se rapprocherait plus de notre conception de l'Agir dans la mesure où il est question de "mettre en acte" des pulsions, des fantasmes, des désirs, etc...

Cette décharge pulsionnelle se produit donc lorsque le sujet ne peut plus assumer le transfert, celui-ci devenant plus intense et plus hostile au fur et à mesure que la remémoration cède la place à l'action.

Ce passage à l'acte ne résoud en rien le transfert. Le refoulement est maintenu et l'action n'est qu'un déplacement. L'interprétation de ces actes, dans le cadre d'une analyse (ou ailleurs), paraît alors souvent inefficace.

A fortiori, et dans le cas de nos patients souvent psychotiques ou caractériels, les mots ont perdu toute leur vie, ils sont devenus rabâchage stéréotypé, ils ne sont pas ce qu'ils semblent vouloir dire, le langage est sans épaisseur, réduit à une enveloppe vidée de son contenu. A ce niveau, les interprétations restent sans effet ou bien engendrent des effets tout à fait différents de ceux escomptés.

En psychothérapie institutionnelle, on se réfère par rapport à d'autres moyens. L'un de ceux utilisés dans cette unité de soins est l'agir. Ce moyen est de maniement assez difficile, comme le dit RACAMIER (64) :

"Répercuté de relais en relais, l'agir appelle l'agir et ne laisse place ni à la compréhension, ni par la suite à l'action concertée..."

Donc la condition essentielle pour que cet agir puisse être constructif c'est d'éviter tout agir impulsif, aveugle, même s'il est en réponse à une décharge délictueuse ou violente de la part d'un patient. Ceci ne veut pas dire que la réponse des soignants ne peut pas être violente, ferme ou agie mais seulement à la condition qu'elle soit réfléchie, concertée pour éliminer toute escalade et éviter d'entrer dans un système de lutte pour la toute-puissance entre malades et soignants.

Approche théorique de l'Agir et sa gestion groupale

Pour présenter cette approche théorique, nous nous référons essentiellement aux travaux de P. DUBOR sur l'agir largement exposés dans ses articles "Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique" (21) et "la dialectique du faire et du dire en pathologie et en thérapeutique" (22).

Pour une meilleure compréhension, on citera de larges passages de ces deux exposés, à commencer par la définition que donne l'auteur de "l'Agir" :

"Par Agir, nous entendons : Une possibilité de décharge directe des pulsions s'exprimant dans des manifestations corporelles ou comportementales ayant la caractéristique d'actualiser d'emblée la pulsion et son éprouvé dans leur contexte circonstantiel, énergétique et dynamique, sans passer obligatoirement par la chaîne des mentalisations de désir, de ses représentants imaginaires ou symboliques. On pourrait dire encore que l'Agir est une modalité signifiante systématisée, ancrée dans l'éprouvé corporel d'une motion pulsionnelle qui utilise le poids du réel pour se faire comprendre".

L'élément central de cette recherche réside dans la distinction entre l'incorporation imagoïque et l'introjection du point de vue valeur économique et valeur structurante.

C'est à FREUD qu'on doit la notion d'incorporation imagoï-
que qui représente le processus par lequel, sur un mode plus ou
moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur
de son corps.

Bien que l'incorporation ne soit pas limitée
à l'activité orale, l'oralité constitue le modèle de toute incor-
poration et cette oralité partielle a été reprise par M. KLEIN et
ABRAHAM dans leur description du "stade canibale" qui exprime
d'une façon imagée les différentes dimensions de l'incorporation
orale : amour, destruction, conservation à l'intérieur de soi et
appropriation des qualités de l'objet.

C'est ce dernier aspect de destruction et de conservation à l'in-
térieur de soi qui fait de l'incorporation la matrice de l'intro-
jection.

L'introjection est proche de l'incorporation mais à cette diffé-
rence qu'elle ne demande pas nécessairement une référence à la
limite corporelle : ce n'est pas l'objet qu'il s'agit d'introjecter
mais l'ensemble des pulsions et de leur vicissitude dont l'objet
est le médiateur.

Cette notion apportée par Maria TOROK rejoint le cas de
l'expression par les agirs dans la mesure où se sont : "des actes
et non des représentations conscientes qui sont chargés de signi-
fier l'action, les représentations étant pour ainsi dire "dépouil-
lées" de leur connotation affective et de leur valeur économique
apparemment désinvesties et parfois même contre-investies".

Chez le psychotique ce n'est ni dans le domaine de la
mentalisation ni du langage que s'exercera une relation intro-
jective dont il est incapable car l'objet imposé du dehors

n'appellera aucun désir et ceci ne fera que perpétuer le manque d'introjection.

"Au niveau du Moi, l'expérience réussie de l'introjection résultera de la congruence d'un double mouvement issu d'une motion pulsionnelle venant du sujet (besoin à caractère dynamique) qui parvient à se satisfaire dans la rencontre avec un objet qui, dès lors, prend valeur d'objet spécifique de la pulsion qui le caractérise quant au but, et qui en précise le sens".

Ainsi donc l'objet est investi avant même d'être perçu et la reconnaissance de l'objet fonde le Moi, d'où la nature primitivement économique de l'opération et secondairement son aspect formel et signifiant : "l'image de l'objet n'apparaissant que peu à peu de façon formelle dans l'éprouvé total du moment, soit comme simple élément sensoriel accompagnant le système, soit comme modèle d'objet réel à rechercher dans le cas d'une démarche active du sujet".

L'introjection poursuit son évolution, la distanciation entre le sujet et l'objet se précise, l'augmentation progressive croissante des représentations, de leur effet structurant sur le Moi et la satisfaction pulsionnelle qui les connote par la liaison de ces différents éléments "évoque l'idée d'un processus métaphorique du fantasme". Les introjections réussies renforcent le Moi qui se met peu à peu en place offrant ainsi au sujet une possibilité d'autonomisation grâce à cette possibilité de bifocalisation sujet-objet.

Dans le cas du fonctionnement unipolaire des psychoses où le sujet est tributaire de l'objet "il s'avère inapte à assurer la

génèse d'un sens quelconque. Le sens reste tributaire d'une orientation pulsionnelle habituellement fournie par l'objet".

Si l'objet s'avère insatisfaisant, l'introjection reste malaisée, le Moi dépendra alors d'un objet qu'il emprisonne et qui l'emprisonne à son tour, objet non assimilable, témoin du désastre de la pulsion. Cet objet reste donc enfoui à l'intérieur du sujet en attente d'une intervention extérieure qui rétablira le jeu des pulsions avec un nouvel essai d'introjection et ceci d'une façon répétitive jusqu'à l'introjection finale qui sera réussie s'il s'établit un commerce heureux entre la pulsion et l'objet.

"Dans l'incorporation imaginaire où la présence d'une enclave sans valeur économique va maintenir le moi dans une position figée". on aura alors la formation de deux modes de fonctionnement distincts l'un de l'autre : des objets sans relation affective correspondante et des tensions ou manifestations pulsionnelles sans possibilité de mentalisation ce qui se traduira par des actes impulsifs sans aucune symbolisation ni possibilité d'intériorisation. Au niveau du langage, l'évocation des objets ne se fera sans difficulté. Chez les psychotiques, le problème du langage se présentera d'une façon particulière et déconcertante. "Un langage qui ne fait que signifier l'introjection (et non l'accomplir), le langage désiré des désirs non encore nés comme désirs, non encore introjectés" (Maria TOROK citée par P. DUBOR).

L'organisation du psychotique se caractérise par une dissociation entre les pulsions d'une part et les représentations significatives de l'autre. Il va vivre "à travers des fluctuations de son identité les mouvements pulsionnels qui le traversent". Le mot n'a pas de valeur de désignation mais une valeur créatrice sur un mode

primaire. Les mots n'évoqueront que des choses sonores sans contenu possédant une existence réelle. Le patient ne pourra pas exprimer par le langage une expérience d'objectalisation qui n'existe pas vraiment.

Si le psychotique ne peut pas s'exprimer véritablement par des mots il agit en se comportant comme une structure essentiellement unipolaire : "sa reconnaissance de l'autre en tant qu'autre séparé, s'avère précaire, voire inexistante".

Dès son admission dans le service, le patient prend contact à sa façon avec l'institution. C'est la fusion complète avec ce nouveau milieu où il exprimera sur un mode projectif ses pulsions dans la mesure où la séparation entre le dedans et le dehors n'existe pas et que ces deux lieux ne font qu'un pour lui. Le psychotique n'ayant pas de corps propre perçu et différencié finit par le retrouver partout. Ce qui nous amène à dire que dans l'agir l'acte n'est pas un acte en lui-même mais traduisant simplement la seule façon d'exister du patient.

L'intérêt de l'hospitalisation de ces patients réside dans l'introduction d'un tiers, de l'Autre, dans la bipolarisation mère-enfant ou famille-enfant. Agir l'hospitalisation apporte : "un signifiant non verbal du tiers senti par le patient dans son corps et accessoirement comme sens". Du fait de son fonctionnement unipolaire le psychotique est inaccessible à la parole (qui pour exister réclame une bipolarité), lui adresser le langage du corps et des actes, il s'avère capable d'intégrer et d'introjecter.

Ceci peut encore s'exprimer d'une manière différente : des interprétations purement verbales renvoyées au patient seraient mal perçues, mais des combinaisons d'agirs interprétatifs et de dires passeraient infiniment mieux.

Ce temps d'interprétation dans l'agir devra être utilisé sous toutes les formes possibles tant que la relation d'objet n'aura pas permis l'utilisation d'un langage véritable. Ce passage de l'un à l'autre se fera progressivement "toujours en suivant le mouvement centrifuge du patient vers l'objet et jamais en le précédant par un sens imposé" il s'agit d'aider à la reconstitution du Moi avant d'en dégager un sens ce qui n'est pas le cas chez les névrosés, sujets à Moi constitué et chez qui une psychothérapie dans le registre du parler peut s'installer d'emblée.

Avant que tout ceci se mette en place et que le Moi se constitue, il arrive fréquemment que dans l'impossibilité d'assurer une position ou une situation et à plus forte raison une frustration ou une opposition, le psychotique soit amené à agir, soit sur le mode délirant soit sur le mode plus classique du passage à l'acte, ses pulsions agressives.

Il serait souhaitable dans ce cas de ne pas chercher à apaiser ou à convaincre ce qui interdirait d'une certaine façon l'agressivité. Il vaudrait mieux intervenir par un agir verbal ou même dans certains cas par une contrainte exprimée clairement et chargée d'une valeur expressive nette.

Cette réponse, qu'elle soit du registre de l'agir verbal ou de l'agir moteur permet de donner acte au patient de son agressivité et la restitution de notre part aura une signification structurante et porteuse de sens.

Utiliser la parole dans de pareils cas présenterait "une valeur coercitive quant à la pulsion encore plus grande". Mais le maniement institutionnel de cet Agir s'avère infiniment délicat. Il faut savoir mesurer la nature et l'opportunité de ces restitutions et de ces interprétations dans l'agir pour leur éviter d'avoir un

caractère traumatique, sauvage ou chargé d'agressivité réelle de la part du milieu thérapeutique ce qui risque d'apporter au patient une signification interdictrice et une rupture du dialogue.

Comme nous l'avons dit plus haut, si l'hospitalisation peut jouer le rôle signifiant agi dans cette approche du monde objectal et du tiers, il faudrait éviter que le psychotique constitue du milieu institutionnel un nouveau monde clos. Ceci dépendra de la faculté du personnel soignant de supporter les projections et de sa propre ouverture vers l'autre. Il faudrait que l'équipe soignante puisse supporter les manipulations et les tentatives de clivages agies par le patient et ceci en "assumant le rôle fantasmatique qu'il demande sans jamais perdre de vue son appartenance isotopique au reste de l'institution vécue comme une totalité non morcelée". Si l'équipe est clivée ou si le filet institutionnel est complètement perméable, c'est ce clivage que l'institution injectera et fera absorber au patient.

Il est sûr que ce n'est pas l'apparence extérieure de l'équipe qui comptera pour le patient mais bien le vécu et la cohérence réelle entre tous ses membres. Ceci ne veut pas dire que tous les membres devraient avoir une pensée unique et un agir stéréotypé, ce qui amènera obligatoirement des réactions ou des approches soignants - patients artificielles. Il est fondamental qu'il existe une articulation réelle des membres de l'équipe, membres différenciés, individualisés mais "sans pour autant perdre le sentiment profond d'une relation persistante aux autres, sentiment dans lequel le psychotique pourra par identification intégrer en lui-même l'idée d'une différenciation possible tout en maintenant sa participation à un collectif".

Toujours dans la même perspective de cette diversification et de cette différenciation des soignants mais adoptant tous un même "message", il est également possible de réaliser des départs et des sorties vers d'autres pôles ou lieux avec lesquels le patient doit être mis en contact. Par exemple des départs dans la famille ou dans d'autres institutions dont il s'agit d'éprouver au psychotique l'existence. "Le réel sera absorbé d'abord comme tiers-lieu de structuration et secondairement en tant que réel organisé, employé comme porteur de sens".

Cette alternance de présence et d'absence au niveau des lieux offre une possibilité d'intégration nettement supérieure à une présence continuelle. L'absence étant le temps fort de l'absorption des données, temps de l'intégration structurante et finalement temps de l'introjection et ceci grâce à l'évocation de l'objet qui n'est possible qu'en son absence.

Cette alternance consolide la constitution de l'identité du patient par une meilleure intégration temporo-spatiale (agir alternant dans le temps et dans le lieux) et de cette intégration découlera une meilleure différenciation Moi - Non Moi.

Du point de vue pratique, nous disposons d'un système d'hospitalisation alternante avec des séjours intra et extra institutionnels (d'autres institutions ou familles). C'est ce qu'on appelle "les hospitalisations alternantes".

Cette conception de l'Agir, définie par la dissociation de l'économique et du sens et par l'utilisation du réel permet une nouvelle approche des psychoses et des névroses graves dans le domaine de la psychothérapie institutionnelle.

La gestion de ces psychoses et névroses de caractère se fait par une équipe hospitalière banale formée à l'utilisation de ces concepts.

Cette équipe soignante joue pour le patient le rôle de contenant à charge de lui restituer le sens et la teneur de ses mouvements pulsionnels et ses manifestations agies.

Ceci est généralement exprimé par un des participants pendant que les autres membres du groupe jouent le rôle de soutien narcissique.

Comme le dit RACAMIER (22) : "il est souvent préférable de permettre au patient d'adhérer à une conversation qu'ont deux thérapeutes à son sujet : il veut ceci... il craint cela ... il désire telle chose ... ; il est bien évident que, dans ce cas, le patient n'a pas à se fixer en relation intersubjective, qu'il ne peut assumer. Il peut par identification à ce que les autres évoquent faire siens les éléments de leur conversation par imprégnation. Il n'a donc pas à être lui-même en situation d'écoute et de parole assumée comme telle".

Dans le même esprit, RACAMIER souligne l'intérêt de parler à la troisième personne, ceci éviterait le caractère forcément dialogué lié à l'emploi de la deuxième personne.

Dans le service, la règle utilisée donc le plus souvent pour aborder le patient est non pas la situation duelle et sa référence verbale institutionnelle mais plutôt le groupe des soignants qui tient lieu d'entretien et ceci d'une façon spontanée ou non.

Ce groupe comprend les responsables du service à différents niveaux : infirmiers, psychologues, médecins mais d'une façon non formelle ce qui permet d'une part de fonctionner d'une façon plus

plus pratique et l'évocation verbale de l'absent permet d'autre part l'introduction de la notion du tiers.

Ce système fonctionne avec le vécu réel du patient inséré dans le groupe, groupe considéré comme un lieu privilégié d'expression dans l'agir. Ceci tend à faciliter l'accès du malade au monde réel et représentatif avec la mise en place d'une véritable relation thérapeutique qui évoluera vers une réduction progressive du registre agi au profit d'une relation verbale.

"La perception chez le patient d'une certaine démarche révélatrice de sens, chargée pour ainsi dire de ressourcer dans la perception immédiate où elle se renforce, la prise de conscience qui lance (ou qui relance) l'activité de mentalisation".

Cette manière d'approcher le malade présente l'énorme avantage d'augmenter la perception et la transmission des messages qui, proches au départ de son fonctionnement corporel ou énergétique, quittent peu à peu le registre des agirs pour être axés sur la verbalisation. Cette accentuation de la compréhension et de l'introjection est basée sur un vécu réellement perçu dans l'expression groupale.

Ceci rejoint la perception plus intense, donc plus parlante, du fonctionnement pulsionnel : "l'agir est une modalité signifiante systématisée, ancrée dans l'éprouvé corporel d'une motion pulsionnelle qui utilise le poids du réel pour se faire comprendre".

Avec cette notion on rejoint le comportement anaclitique de la mère au niveau de la créativité primaire dont parle WINNICOTT : la mère stimule et encourage la capacité créatrice de son enfant en "déposant ni trop près, ni trop loin l'objet dont il a besoin et qui est pour ainsi dire, chargé de médiatiser sa pulsion en lui donnant temporairement l'illusion de l'avoir créé lui-même".

A l'aide de cette "gestion groupale des psychoses" on a pu allier dans le service une certaine efficacité et une simplicité de fonctionnement. Tout le personnel soignant participe à cette gestion, chacun à son niveau et suivant sa qualification. Ce qui n'empêche pas les discussions théoriques suivant l'entretien avec le patient, discussions qui amènent une formation et une ouverture personnelle.

Enfin, un autre avantage, et de loin le plus important, est que ces entretiens de groupe permettent de "palper" ensemble le vécu des patients. On pense que ceci est plus près de la réalité que tout ce que peuvent apporter des informations verbales, des dossiers ou des cahiers de rapports...

Vivre ensemble une partie de la vie des patients, cette expérience hospitalière dont on parlait dans les chapitres précédents, évite au maximum les déperditions d'informations, la perte de communication et la propagation des clivages qui étant mal assumés "apparaissent souvent comme des agirs agressifs venant exprimer ce qui n'a pu être valablement négocié dans un système comme le nôtre, finalement bénéficiaire pour l'évolution de l'équipe, comme pour celle du patient".

Conclusions

Conclusions

Conclusions

Le système théorique appliqué dans le service, dont nous avons essayé de décrire l'expérience, part de l'hypothèse que les psychotiques, les névroses de caractère graves, les psychopathes s'expriment surtout par des agirs : agir verbal, délire ou violence. C'est-à-dire un processus plus économique, en un sens et à court terme, que le parler. La tâche thérapeutique sera donc notamment de procéder à cette réarticulation.

Au point de départ, ceci ne pourra pas toujours être fait par de recours d'emblée à cette parole "exclue", "délirée", "déviée" ou "délirante". Le thérapeute passe par l'agir, "lieu commun ou de rencontre avec son patient", et ce passage est lui même un véhicule de sens sans blessure narcissique dans la mesure où le malade ainsi confronté peut accéder à un effet de sens et même d'"in-sight" à proprement parler et dans certains cas y progresser par le gain d'une certaine verbalisation.

Pratique psychanalytique donc, s'appuyant sur une théorie de la psychose qui est bien métapsychologique au sens plein du terme puisqu'il s'agit bien selon nous de traiter des organisations ou des désorganisations pulsionnelles, des problématiques défensives, des fantasmes ou des représentations au triple point de vue topique, dynamique et économique ou énergétique et, pour reprendre de mot de P. DUBOR :

de "traiter" la dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique par l'agir, action interprétative, action de représentation, action de liaison et de restructuration unifiante.

La psychothérapie institutionnelle est donc le lieu d'action représentative où le malade peut retrouver son histoire ou les éléments nécessaires à sa reconstitution et à ses différentes interprétations possibles à travers la représentation des différentes actions dramatisées auxquelles peu ou prou il concourt.

C'est un lieu d'apport substitutif, d'étayage et de réassurance narcissique ou l'anacritisme débouchant toujours sur l'émergence du sens, la mise en jeu des différentes significations possibles. Cadre et lieu de réalisation symbolique, de réarticulations possibles du symbolique et de l'imaginaire : lieu symbolique et de symbolisation visant à la restitution de la parole.

Pour nous il s'agit d'un instrument et d'une pratique spécifique et originale. Comme l'a dit RACAMIER de "Psychanalyse sans divan", le divan étant remplacé ici, précisément à cause des particularités propres aux malades psychotiques, par un milieu créé spécifiquement dans cette intention, pour devenir un lieu d'expérience, lieu technique, lieu de soins.

Cette expérience apporte un infléchissement un peu particulier à certains aspects de l'actuelle théorie de la sectorisation psychiatrique qui implique d'une façon trop généralisée la négation institutionnelle et préconise trop exclusivement le retour ou le

maintien du patient dans son milieu sociologique naturel comme meilleur facteur thérapeutique, conception qui nous paraît donc devoir être nuancée notamment dans le sens indiqué.

Vu le Doyen de la
Faculté Lyon-Sud

J. NORMAND

Le Président de la Thèse

J. GUYOTAT

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 15 Septembre 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

D. GERMAIN.

Bibliographie

- 1 - AMIEL P. et CHANOIT P.
Critères de fonctionnement en hospitalisation partielle.
In Inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.
- 2 - AUBIN B.
L'hospitalisation partielle en psychiatrie.
In Inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.
- 3 - BALINT M.
Le médecin, son malade et la maladie.
Payont édit. Paris 1966, 2e édit.
- 4 - BALVET P.
Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris 1965, 5-16.
- 5 - BENOIT G. et NATIN J.C.
L'hospitalisation de Nuit, démission ou thérapeutique ?
In Inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.
- 6 - BERGERET J.
Relation entre malade, chimiothérapeute dans les traitements bifocaux à l'hôpital.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris 1965.
- 7 - BERNARD P., BERTHERAT Y., MOURY R. et MOHR W.
L'hôpital de jour en question.
Réflexions préliminaires ç l'ouverture de l'H.J. du service de santé mentale du 6e arrondissement.
In inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.

- 8 - BONNET H.
La loi de 1838.
Réflexion sur son utilisation actuelle et le projet de sa
modification.
In infirm. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 8.
- 9 - BOUKSON G.
A la recherche d'une dynamique de la relation médecin-malade.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris, 1965.
- 10 - BOUBY M. Hélène
"Régression et répétition".
Incidences de ces deux fonctions en pratique hospitalière
psychiatrique.
Thèse médecine, Lyon 1976.
- 11 - BURNER M.
Inconvénients et utilité de la pharmaco-thérapie dans l'ap-
proche psychothérapique.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques.
Masson et Cie, édit., Paris 1965, 157-164.
- 12 - CELLIER P.H.
Un type de groupe large en institution Privée (la table
carrée à la Clinique La Chavannerie).
Approches cliniques et théoriques.
Thèse présentée à l'Université Claude-Bernard, Lyon, Déc. 1977.
- 13 - CHAIGNEAU H.
Psychanalyse et Psuchothérapie institutionnelle.
In Inform. Psychiat., Oct. 1970, vol. 46, n° 8.
- 14 - CHAIGNEAU H., CHANOIT P. et GARRABE J.
Thérapie Institutionnelle.
Rapport de thérapeutique. Congrès de psychiatrie et de neuro-
logie de langue française.
Masson et Cie, édit., Paris, 5-10 juillet 1971.
- 15 - COLLIN M.
Etudes de Criminologie Clinique.
Masson et Cie, édit., Paris, 1964.

16 - COLOMB H. et ZEMPENI A.

"Le N'DOEP"

Film Sandoz, 1967.

17 - CONTE C.

Brèves remarques cliniques et psychodynamiques sur les différents modes d'action des médicaments neurologiques.

In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.

Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

18 - DESPINAY M.

Reflexion sur l'utilisation thérapeutique des temps de sortie.

In inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.

19 - DIATKINE R.

L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des maladies mentales et éventuellement à l'organisation d'institutions destinées à les traiter.

In Le psychanalyste sans divan. P.C. Racamier, Paris,

Payot édit., 1973.

20 - DIATKINE et PAUMELLE P.H.

Médications et Psychothérapies individuelles.

In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.

Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

21 - DUBOR P.

Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique.

Utilisation du réel dans l'agir.

In R.F.P., décembre 1971, 35, n° 5-6.

22 - DUBOR P.

La dialectique du faire et du dire en pathologie et en thérapeutique. L'expression agie (extrajection réifiante) temps premier et fondateur de la mentalisation.

Xe Congrès Intern. de Psychothérapie, Paris 1976, juillet.

23 - DUBOR P. et MARIE-CARDINE M.

Gestion institutionnelle de psychose

(et des manifestations pré-objectales). Processus de "créativité groupale".

Conférence inédite. C.H.U. de Psychiatrie, Lyon, 1978.

- 24 - DUCHE J.
Films d'enseignement en psychiatrie.
Laboratoires Sandoz. Neurologie psychiatrie, NP n° 5, mars 1973.
- 25 - ESTRABOL B.
"De la répétition à la régression ou le chemin de Sisyphe".
Mémoire de psychiatrie. Lyon 1977.
- 26 - EVRAUD P.
La psychiatrie instituée.
Thèse doctorat en médecine, Lyon, n° 53, 1972.
- 27 - 28 - EY M.
- L'Antipsychiatrie (son sens et ses contresens)
E.M.C., Paris, Psychiatrie, 11, 1974, 37005 A 40.
- La Psychiatrie dans le cadre des sciences médicales
E.M.C., Paris, Psychiatrie, 2, 1955, 37005 A 10.
- 29 - FREUD S.
Totem et Tabou.
Payot, édit., Paris, 1973.
- 30 - FURTOS J.
Le mouvement de psychologie humaniste aux Etats-Unis.
In Psychotérapies médicales. J. Guyotat - Masson édit.,
Paris, 1978.
- 31 - GOFFMAN
Asiles.
Minuit, édit., Paris, 1975.
- 32 - GREEN A.
Remarques méthodologiques sur l'interprétation des modes
d'expression de certaines drogues psychotropes.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris 1965.
- 33 - GUYOTAT J.
La place du père dans la psychose et l'institution.
Conférence faite au Congrès International de Psychiatrie
Institutionnelle de Pavie les 24 et 25 Avril 1976.
Instituzione Famiglia Equipe Curante Pratiche et théorie a
confronto a cura di Dario De Martis et Michele Bezoari.
Biblioteca de Psychiatria e di Psicologia clinica serie di
psichiatria pratica.
Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano, n° 47, 1978, 103-115.

- 34 - GUYOTAT J.
Psychothérapies médicales.
Masson, édit., Paris, 1978.
- 35 - GUYOTAT J., FEDIDA P., MITRAILLET P., REYSS-BRION R. et
DUBOIS P.
Chimiothérapie et Psychothérapie. Réflexions à propos d'une
expérience d'approche méthodologique.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris, 1963.
- 36 - GUYOTAT J. et MARIE-CARDINE M.
Psychiatrie et formation psychologique du médecin.
Rapport du 65e Congrès de neurologie et de psychiatrie de
langue française. Dijon, juillet 1967.
- 37 - GUYOTAT J., FEDIDA J., HOCHMANN J., MARIE-CARDINE M. et Coll.
Recherches sur l'action psychodynamique des antidépresseurs.
In actualités de thérapeutique psychiatrique, ed. par P.A.
Lambert.
Masson et Cie, édit., Paris, 1967, vol. 2.
- 38 - GUYOTAT J., FAVRE-TOISSOT M. et MARIE-CARDINE M.
Les effets des médicaments anti-dépresseurs dans les psychoses:
incidences de la structure, de la personnalité et de l'environnement.
In actualités de thérapeutique psychiatriques; ed.
par P.A. Lambert.
Masson et Cie, édit., Paris, 1967, vol. 2.
- 39 - GUYOTAT J., MARIE-CARDINE M. et JALLADE S.
Les indications médicales de l'internement.
In Journal de Médecine de Lyon, Oct. 1968, p. 1471-1476.
- 40 - GUYOTAT J. et MARIE-CARDINE M.
Médicaments psychotropes et psychothérapie.
E M C, Paris, Psychiatrie, 10, 1975, 37820, B 90.
- 41 - GUYOTAT J., CAPPADORO R. et MARIE-CARDINE M.
Pour une nouvelle classification des psychoses.
In Evol. Psychiat., Tome XLII, Fasc. IV, 1977.

- 42 - HOCHMANN J.
Pour une psychiatrie communautaire.
Seuil, édit., Paris, 1971.
- 43 - JAEGGI F.
Travail et Thérapie de réadaptation.
E M C, Paris, Psychiatrie, 11, 1968, 37931, A 10.
- 44 - JOUSHOMME J.C.
L'agir et l'institution.
Travail service Pr Guyotat J. avec la collaboration du Dr P.
Dubor et Marie-Cardine pour D.L.P., Lyon, 1976.
- 45 - KAMMERER TH., EBTINGER R. et BAUER J.P.
Approche phénoménologique et psychodynamique des psychoses
délirantes aiguës traitées par neuroleptiques majeurs.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris, 1965.
- 46 - KOECHLIN Ph.
Psychothérapie institutionnelle au regard du malade.
In inform. psychiat., 1968, vol. 44, n° 1.
- 47 - KOUPERNIK C.
"L'antipsychiatrie", sens ou non sens ?
P.U.F., édit., Paris, 1974.
- 48 - LAMBERT P.A., Mme VERMOREL M., DELAUNAY J. et MARLOV G.
Chimiothérapie et psychothérapie associées au cours d'un
paroxysme psychotique.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert.
Masson et Cie, édit., Paris, 1965.
- 49 - LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
P.U.F., édit., Paris, 1976.
- 50 - LEBOVICI S.
Le psychanalyste et le psychiatre d'aujourd'hui.
In le psychanalyste sans divan.
P.C. Racamier, Payot, édit., Paris, 1973.

51 - MARIE-CARDINE M.

L'ordre narcissique et l'argent dans la pratique médicale.
In évol. psychiat., 1974, 39, 47-59.

52 - MARIE-CARDINE M.

Hôpital et Secteur.
In Inform. Psychiat., vol. 53, 1977, juin.

53 - MARIE-CARDINE M.

Vie ou mort de l'Hôpital Psychiatrique.
Rapport de psychiatrie. 7e assise nationale de l'hospitalisation publique.
In revue hospitaliaire de France, 42 ème année, tome 2, janvier 1978, p. 211-245.

54 - MARIE-CARDINE M.

La co-thérapie.
Les associations de théories, de techniques et de thérapeutes.
(Conférence inaugurale prononcée au Congrès de la Société de Recherches Psychothérapiques). Paris 27-28 mai 1978.

55 - MARIE-CARDINE M. et COTTRAUX

Le psychotique dans la ville.
Science film, 1972, Paris.
Travail du service du Pr. Guyotat J.

56 - MARIE-CARDINE M. et COUSSA G.

Psychothérapie Institutionnelle 1978.
Film magnétoscopé. Cinéma'hèque de l'U.E.R. Alexis-Carrel.
Université Claude-Bernard, Lyon 1.

57 - MASSIP J.

Législation française relative aux malades mentaux.
E.M.C., Paris, Psychiatrie, 3, 1972, 37901, A 10.

58 - MIGNOT H.

Le secteur.
E.M.C., Paris, Psychiatrie, 5, 1967, 37915, A 10.

59 - MINVIELLE J.

Hospitalisation de nuit et travail à l'extérieur.
In Inform. Psychiat., 1968, vol. 44, n° 3.

60 - OURY J.

Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle.
Payot, édit., Paris, 1976.

61 - OURY J.

Thérapeutique institutionnelle.
E.M.C., Paris, Psychiatrie, 10, 1972, 37930, G 10.

62 - PARAMELLE F.

L'imaginaire et le symbolique dans le fantasme.
In R.F.P., Paris, 2-3, 1971.

63 - PREVAULT J.

L'internement administratif des aliénés.
Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris 1955.

65 - RACAMIER P.C.

Psychothérapie institutionnelle.
Conférence inédite - Hôpital Saint-Jean de Dieu, Lyon, Avril 1977.

64 - RACAMIER P.C.

Le psychanalyste sans divan.
Payot, édit., Paris, 1973.

66 - RACAMIER P.C. et CARRETIER L.

Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans
l'institution psychiatrique.
In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.
Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

67 - RACAMIER P.C. et CARRETIER L.

La cure de sommeil dans la perspective psychothérapique.
In actualités de thérapeutique psychiatrique, par P.A. Lambert.
Masson et Cie, édit., Paris, 1967, vol. 2.

68 - RAYNIER J. et BEAUDOUIN H.

L'aliéné et les asiles d'aliénés.
(assistance - Législation - Médecine Légale).
Librairie le François, Paris, 1930.

69 - REVERZY J.F.

L'urgence en psychiatrie.

(à la recherche d'une nouvelle définition).

Cahiers Méd. Lyon., Tome 3, 1977, n° 12-14.

70 - SCHNEIDER P.D., RACAMIER P.C., GUYOTAT J., DIATKINE R.,
GREEN A., BURNER M., POROT M., FUTTER J.M., NODET Ch. M.

PAUMELLE Ph., BALVET P., KAMMERER Th., CARRONE, SCHNETZLER P.J.
DESPINDY J.P.

Table ronde.

In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.

Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

71 - SUTTER J.M., PELICIER Y.,

Chimiothérapie et assentiment du malade à la thérapeutique.

In la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.

Masson et Cie, édit., Paris, 1965.

72 - VERMOREL H., NIQUE M., CARON C., MEYLAN A. et BRETON G.

Quelques aspects du médicament dans un contexte institutionnel
in la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies
psychiatriques, par P.A. Lambert et C.L.R.T.P.

Masson et Cie, édit. Paris, 1965.

Nous tenons à exprimer nos remerciements
aux Laboratoires "ROCHE" et "SPECIA"
pour leur collaboration et soutien

